

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS NA UBS/ESF Nº35,
MANAUS/AM**

Lázaro Freire Cazañas

Pelotas, 2015

LÁZARO FREIRE CAZAÑAS

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS NA UBS/ESF Nº35,
MANAUS/AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade à distância da Universidade Federal de Pelotas e Universidade Aberta do SUS (UNASUS), como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Thiago Santos de Souza

Pelotas, 2015

C386q Cazadas, Lazaro Freire

Qualificação da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF N° 35, Manaus/AM / Lazaro Freire Cazadas; Thiago Santos de Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

86 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Souza, Thiago Santos de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

*Dedico este trabalho ao Povo Brasileiro e a todos os que fizeram
possível a implementação do Programa Mais Médicos.*

Agradecimentos

Agradeço a UFPEL pela possibilidade de nos aceitar como aluno;

Agradeço ao meu orientador Thiago Santos, pelos conselhos e sua preocupação constante;

Meus agradecimentos, para todos os membros da equipe da Unidade básica N°35, pelo apoio recebido;

A minha família, que apesar da distância física tem estado sempre presente em todos os momentos de minha vida.

Resumo

Cazañas, Lázaro Intervenção. **QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS NA UBS Nº35, MANAUS/AM.** 82f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. UNASUS - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira não existindo uma única causa para estas doenças, mas vários fatores de risco. Nesse sentido, a Hipertensão arterial (HAS) e a Diabetes mellitus (DM) contribuem substancialmente para o agravamento desta situação a nível nacional e internacional. Estas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o usuário, sua família e a sociedade. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo melhorar a atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na unidade básica de saúde da família 35, Manaus/AM. Os objetivos específicos abordam a cobertura e qualidade do programa ofertado. A metodologia utilizada foi organizada em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço; avaliação e monitoramento; engajamento público e prática clínica. Para tanto, o cadastramento dos usuários realizados foi mediante a utilização do sistema e-SUS AB e os registros ocorreram na ficha espelho do programa e planilha Excel para monitorar os indicadores. A referida intervenção ocorreu no período de setembro a dezembro de 2015. Como principal resultado podemos destacar a melhoria na qualidade das ações desenvolvidas para este grupo populacional. Nos indicadores de cobertura atingimos 40,4% para os usuários hipertensos e 51,1% para os diabéticos, correspondendo a 215 hipertensos e 67 diabéticos. Os melhores resultados são para os indicadores de qualidade, nos quais atingimos 95% de cobertura no quarto mês de intervenção, para quase todos os indicadores monitorados, consequentemente foi possível organizar a demanda do serviço, qualificar os registros desta ação programática, qualificar a prática clínica dos profissionais e fortalecer o engajamento público. Recomenda-se que todas as ações desenvolvidas nos quatro meses de intervenção sejam mantidas como rotina, por todos os profissionais da equipe, ressaltando a importância da continuidade do engajamento público para a melhoria do serviço de saúde. Os beneficiários da intervenção foram em primeiro lugar os próprios usuários, mas também os profissionais da unidade que tiveram a oportunidade de refletir sobre o trabalho e melhorar aspectos do cotidiano. Esperamos ampliar as ações para outros programas e continuar com a estruturação de todo o processo.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus; Doença Crônica.

Lista de Figuras

Figura 1 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015. .56	56
Figura 2 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.....56	56
Figura 3 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.57	57
Figura 4 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.58	58
Figura 5 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.59	59
Figura 6 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.59	59
Figura 7 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular HIPERDIA, na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.60	60
Figura 8 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular HIPERDIA, na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.61	61
Figura 9 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.62	62
Figura 10 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.62	62
Figura 11 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.....63	63
Figura 12 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.64	64
Figura 13 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.65	65
Figura 14 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.66	66

Figura 15 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.....	67
Figura 16 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientações sobre os riscos do tabagismo na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.....	68
Figura 17 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientações sobre os riscos do tabagismo na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.....	69
Figura 18 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientações sobre higiene bucal na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.....	70

Lista de abreviaturas

ACS	Agente comunitário da Saúde
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
APS	Atenção primária à saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DIU	Dispositivo intrauterino
UBS	Unidade básica de saúde
CEO	Centros especializados em odontologia
UPA	Unidade de pronto atendimento
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
DISA	Distrito de Saúde

Sumário

1	Análise situacional	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2	Relatório da análise situacional	12
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	23
2	Análise estratégica.....	24
2.1	Justificativa do Projeto de Intervenção	24
2.2	Objetivos e metas	26
2.2.1	Objetivo geral:.....	26
2.2.2	Objetivos específicos e metas	26
2.3	Metodologia	28
2.3.1	Detalhamentos das Ações.....	28
2.3.2	Indicadores.....	39
2.3.3	Logística:	45
2.3.4	Cronograma	48
3	Relatório da Intervenção	49
3.1	As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas	49
3.2	As ações previstas no projeto que não foram.....	51
3.3	Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados.....	52
3.4	Análise da incorporação das ações no projeto à rotina do serviço	52
4	Avaliação da intervenção	54
4.1	Resultados.....	54
4.2	Discussão	70
5	Relatório da intervenção para os gestores municipais.....	73
6	Relatório da intervenção para a comunidade.....	75
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	77
Anexos.....	Erro! Indicador não definido.	

Apresentação

Este trabalho de conclusão do curso é o resultado do projeto de intervenção, que foi realizado na UBS nº35 em Manaus, capital do Estado do Amazonas.

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em cinco partes que contemplam cada uma das unidades que conformam o Projeto Pedagógico proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para a Especialização em Saúde da Família modalidade à distância.

A primeira unidade foi a descrição da Análise Situacional da situação da Unidade Básica de Saúde (UBS). Em segundo apresenta-se a Análise Estratégica e a elaboração do Projeto de Intervenção.

Na terceira unidade, foi realizada a intervenção propriamente dita e foi elaborado o relatório da intervenção. A quarta unidade foi composta pela redação dos resultados, discussão, relatório para os gestores e comunidade e foi elaborada a análise crítica sobre o processo de aprendizagem abordando o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso. Finalizando o trabalho estão os anexos e os apêndices com os arquivos utilizados.

1 Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A situação da Estratégia de Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde (ESF/APS) no meu serviço mantém dentro do possível um trabalho direcionado para a resolução dos problemas do indivíduo e da família. Temos aproximadamente uma população de 5000 habitantes, por um lado os cadastrados e por outro os habitantes fora da área, tais como grávidas, hipertensos e diabéticos.

A unidade está localizada na zona norte de Manaus e tem uma área de aproximadamente de 300 m² de área bruta, sendo a área útil de aproximadamente 180 m² dividida da seguinte forma: no lado esquerdo temos a recepção/sala de espera; sala de triagem; farmácia; sala de agentes comunitários de saúde (ACS); banheiro para o pessoal e a copa. Já no lado direito temos: banheiro masculino (utilizado como arquivo); banheiro para usuários; sala de vacinação, sala de nebulização; consultório médico; consultório de enfermagem e consultório de odontologia.

A equipe é composta por um médico de família, uma enfermeira, um cirurgião-dentista, três técnicas de enfermagem, seis ACS e uma recepcionista/administrativo. A organização do trabalho é dirigida fundamentalmente para a prevenção e promoção à saúde sendo agendados os dias de consultas (nos horários da manhã e de tarde) para as gestantes, crianças e adolescentes, hipertensos, diabéticos, além das ações de visitas domiciliares, exames citopatológico, etc. O horário de atendimento está estabelecido das 07h30min às 17h30min existindo um intervalo de uma hora para o almoço. A equipe trabalha de forma cooperada na melhoria das condições da população da nossa área de

abrangência, e pretende fazê-lo com todo o profissionalismo e dedicação relacionada com o humanismo da nossa atividade.

No nosso local de trabalho são visíveis carências de serviços públicos nomeadamente a nível sanitário, tais como a ausência de redes de esgotos e de acesso à água potável. É possível também observar a existência de um baixo nível económico, problemas associados ao consumo de drogas e ao abandono escolar, sendo este último efetuado muitas vezes devido a uma gravidez na adolescência, constituindo assim, verdadeiros desafios para a equipe.

De forma a evitar tais situações, a nossa equipe diariamente leva a cabo diversas ações, cujo objetivo principal é de sensibilizar e conscientizar a população. Alguns exemplos de atuação são as palestras nas quais abordamos temas como, por exemplo, os efeitos negativos do consumo de drogas sobre o organismo, os riscos de uma gravidez na adolescência, a importância do estudo como ferramenta principal para ter uma melhor qualidade de vida possibilitando, assim, transmitir uma proposta de modelo para os outros membros da comunidade. Nas nossas palestras também referimos a importância de uma alimentação saudável que deve vir associada à prática diária de exercício físico, como forma de evitar o aparecimento de certas doenças (como a obesidade, a diabetes e a hipertensão), relacionadas com os maus hábitos alimentares e o sedentarismo.

É de grande importância referir também que a relação com a comunidade é realizada principalmente durante as visitas domiciliárias e também quando as pessoas se dirigem à unidade para serem atendidas. Esta ida à unidade por parte dos usuários ocorre frequentemente quando estão a decorrer palestras, nomeadamente às quartas-feiras, pelo que seria de grande utilidade que a unidade tivesse o apoio do Núcleo de apoio à saúde da família (NASF). Frequentemente realizamos visitas domiciliárias com o objetivo de observar as condições de vida da população e de realizar ações educativas no território.

Na comunidade temos relações com algumas igrejas que estão localizadas dentro da área de ação da unidade, onde desenvolvemos cursos de formação profissional e palestras relacionadas com a problemática de saúde da comunidade. Em relação às escolas o relacionamento é feito tendo como base o programa saúde na escola, o qual está dando frutos para a área de odontologia, onde o número de crianças que foram observadas e posteriormente tratadas na unidade está

crecendo a cada dia. Não temos um conselho local de saúde e temos manifestado essa questão a gerência do município.

Para finalizar considero importante referir alguns aspectos negativos da ESF em Manaus, tais como:

A falta da oferta de aparelhos tecnológicos.

A existência de Protocolos que provocam a fragmentação da atenção primária voltadas ao atendimento do Homem, da Mulher e do Adolescente. Tendo como premissa que a atenção deve ser integral e não como acontecia até pouco tempo atrás, onde por organização da unidade, a população era atendida por dia específico. Isso a meu ver provocava transtornos não só para eles, como também para nós profissionais. Por exemplo, se hoje é dia do HIPERDIA e a usuária manifestar que tem dor pélvica, ela pode não voltar no dia da mulher para dar solução a seu problema. Mesmo existindo 4 vagas para a demanda espontânea, vejo que esta forma de organização, às vezes enrijece o processo de trabalho.

A realização deficitária da triagem do sujeito nas consultas;

A desmotivação de alguns membros da unidade básica de saúde (UBS) pelos baixos salários que recebem;

A ausência de informação pela parte dos especialistas, no que diz respeito a contra referência dos usuários que são encaminhados da UBS/ESF para os diversos serviços hospitalares.

1.2 Relatório da análise situacional

Manaus é a capital do estado do Amazonas, sendo a cidade mais populosa do Amazonas e da Amazônia, constituída por 1.982.179 habitantes, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2013.

Em relação ao sistema de saúde existem em Manaus 182 Unidades da ESF, 31 UBS no modelo tradicional, 04 centros especializados em odontologia (CEO), 05 maternidades e 24 hospitais. Quanto às equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), credenciadas pelo Ministério da Saúde existem 150 NASF tipo1, 39 cadastradas no sistema, e 15 implantadas, já em relação ao NASF tipo 2, existe apenas um credenciado pelo ministério, e nenhuma equipe de NASF tipo3. Em relação aos exames complementares, podemos dizer que tendo como base a indicação dos mesmos, como complemento do raciocínio clínico para se chegar a

um diagnóstico, em muitas oportunidades os mesmos perdem sua utilidade pela demora na marcação e apresentação dos resultados.

A nossa UBS é uma ESF urbana, não tendo na atualidade capacidade formativa para gerenciar ensino nas diversas áreas de formação, seja Enfermagem, Odontologia ou Medicina. O seu nome deve-se à sua localização e ao número de ordem em que foi construída. Esta UBS localiza-se na Rua Atlético Paranaense s/n, bairro Cidade de Deus, Zona Norte de Manaus. Possuímos como bairros vizinhos a Cidade Nova e Jorge Teixeira. A Cidade de Deus é um bairro relativamente recente, tem aproximadamente 20 anos e seu surgimento é produto da ocupação da população, esta que é de aproximadamente 18.448 moradores. O bairro conta com três escolas municipais, uma linha de ônibus (que realiza a conexão ao centro da cidade) e duas linhas locais (que realizam a ligação a Cidade Nova-terminal de ônibus três e terminal Jorge Teixeira-terminal quatro).

O serviço está vinculado administrativamente à gerência do distrito norte e tem um horário de funcionamento de Segunda a Sexta-feira, das 7h às 17h30min. O distrito norte de saúde conta com 52 unidades de ESF, duas unidades de pronto atendimento (UPA), duas policlínicas e um CEO.

A UBS 35 está composta por uma equipe de 18 funcionários distribuídos da seguinte maneira: um médico generalista; uma enfermeira; dois auxiliares de enfermagem; seis ACS; dois dentistas (uma delas entrou recentemente e tem uma carga horária de 20 horas e a outra tem uma carga horária de 40 horas) e um auxiliar de consultório dentário.

Todos os dados aqui compilados resultam da colaboração de toda a equipe e refletem a situação atual do trabalho da unidade. Temos uma população cadastrada de 4000 usuários, e aproximadamente 666 pessoas por ACS.

No que diz respeito à estrutura física da unidade, segue abaixo a distribuição dos ambientes e uma reflexão sobre os mesmos:

- **Recepção/Arquivo de Prontuários:** a recepção é uma sala pequena que com muita dificuldade acolhe por dia uma média de 20 pessoas por período, entre usuários e familiares, sendo este o primeiro local no qual os usuários se dirigem quando chegam à unidade. Por não existir um espaço próprio para arquivo, o banheiro dos homens é utilizado para essa função.

- Sala de Espera: conta com quatro cadeiras para acomodação dos usuários, a qual possui atualmente, uma televisão adquirida pela equipe. Não é confortável, nem para os usuários ou acompanhantes, nem para o pessoal que trabalha na recepção. Tem uma dimensão que não permite acolher mais de quatro usuários, sendo atendidos diariamente cerca de 20 sujeitos por período.
- Farmácia: está localizada a menos de um metro do consultório e da recepção, esta tem uma área aproximada de 2.07 m², bastante inferior ao recomendado (10 m²). Como não tem entrada independente, provoca uma aglomeração de usuários devido à exiguidade do espaço. Existe deficiência em termos de pessoal qualificado a nível farmacêutico, por isso, os ACS realizam a entrega dos medicamentos. O espaço conta com várias gavetas (sem chaves), ar condicionado, um computador portátil, não tem impressora nem refrigerador. O posto de trabalho não tem características ergonômicas requeridas (nomeadamente a inexistência de um tampo regulável, em altura, a cadeira com encosto e o porta-documentos).
- Sala para ACS: possui uma área de 2,07m² e estão equipadas com uma impressora, um computador, um arquivador, uma bancada e três cadeiras, sendo uma delas sem encosto.
- Sala de Utilidades: está localizada atrás da sala dos ACS, verificando-se a existência de uma bancada, onde é realizada a preparação do material. Banheiro para funcionários: área composta por uma bacia sanitária, um lavatório e um chuveiro. Sanitário para os usuários: existem dois sanitários compostos por uma bacia sanitária e um lavatório. Copa/Cozinha: localizada atrás da sala de esterilização e tem uma área aproximada de 3.66 m². Existe uma mesa com quatro cadeiras, um frigorífico, uma pia, um armário, um fogão com forno e um armário. Depósito de Materiais de Limpeza: consiste num espaço com 1.8 m² de área, onde são colocados os materiais de limpeza. Consultório Médico: existem dois consultórios localizados no centro da unidade, situados pela sala de vacinas (por atrás), e, por um corredor à esquerda, localizam-se as salas descritas anteriormente. Em frente existe a parede do consultório de odontologia, e, na lateral direito, um

corredor onde estão colocadas três cadeiras para o indivíduo se sentar. O consultório possui uma mesa de exame clínico (que não permite a realização do exame ginecológico), uma mesa, três cadeiras (uma das quais é regulável em altura), um armário com amostras de medicamentos e formulários, um lavatório com torneiras manuais, e, por fim, ar condicionado. O Consultório ocupa uma área de cinco m².

- Sala de Procedimentos: tem uma área aproximadamente de quatro m². Nesta sala realizam-se diversas atividades que vão desde a triagem dos usuários ao peso dos bebês e curativos, algo que faz parte do padrão das Unidades.
- Sala de Vacinas: ocupa uma área aproximada de quatro m², onde são realizadas as imunizações. A sala contém uma mesa com duas cadeiras, armários que se encontram por baixo da bancada (não existe computador), uma geladeira com termômetro, uma bancada com pia com torneiras manuais.
- Sala de Nebulização: disposta numa área de aproximadamente dois m². Tem uma central de nebulização com filtros, armários sob bancada e recipiente para desinfecção das máscaras faciais.
- Compressor e Bomba: está localizado fora da unidade e a distância do compressor ao consultório é de 6 m.
- Consultório de Enfermagem: possui uma área de cinco m², onde são realizadas as consultas Pré-natais e Puerpério e os exames de citopatologia. Na sala observa-se uma mesa, três cadeiras, uma mesa ginecológica, um armário e uma escada de dois degraus.
- Consultório Odontológico: existe equipamento odontológico para tratamento dentário, uma bancada com pia, possui luz natural, sendo esta, a área de maior dimensão na unidade, com aproximadamente 10 m².

Podemos ressaltar que a infraestrutura da UBS 35 não está minimamente de acordo com as recomendações do manual de estrutura do Ministério da saúde de 2008, o que tivemos a possibilidade de corroborar ao realizar, pessoalmente as medições de cada departamento.

Podemos destacar a falta de planejamento prévio em sua elaboração, como por exemplo, o livre acesso e circulação de usuários cadeirantes, acomodação de

usuários na sala de espera, atualmente os sujeitos esperam por atendimento em corredores apertados, o que dificulta a movimentação tanto da população quanto de funcionários.

Podemos mencionar também a falta de medicamentos, para o tratamento de uma hipertensão não controlada, até a incapacidade de poder realizar uma sutura ou poder realizar uma observação nasal por falta de espéculo nasal. Esta situação demanda que o indivíduo seja referenciado para a UPA sobrecarregando ainda mais o pronto socorro com situações clínicas que poderiam perfeitamente ser solucionadas ao nível da atenção básica. A inexistência de uma fita métrica, para poder realizar o cálculo da altura uterina, ou de um computador que nos permita ter acesso aos serviços de telessaúde assim como acessar a plataformas médicas são situações de exemplo das dificuldades cotidianas que enfrentamos.

Em relação às atribuições dos profissionais atuamos em busca de:

- ☐ Conhecer a realidade das famílias pelas quais somos responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas.
- ☐ Identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco ao qual a população está exposta.
- ☐ Elaborar com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença.
- ☐ Prestar assistência integral respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde.
- ☐ Resolver através da adequada utilização do sistema de referência e contra referência os principais problemas detectados.
- ☐ Desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos.
- ☐ Promover ações Intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.

Ao olhar para as atribuições dos profissionais da equipe, podemos considerar como aspectos positivos, o conhecimento da realidade das famílias o que nos permite elaborar e programar estratégias para o melhoramento da saúde da população. Já como aspecto que ainda precisamos melhorar está à falta de estímulo a participação da comunidade na elaboração de um plano, que permita abordar de

maneira constante as dificuldades socioeconômicas, que influenciam de maneira direta ou indireta sobre a saúde do indivíduo e da comunidade.

Podemos considerar como elemento fundamental para se atingir esse objetivo, a busca por um maior entrosamento entre a equipe e a comunidade para poder atingir objetivos que permitam uma influência positiva sobre a problemática de saúde que afeta os membros da comunidade.

Referente à população da área adscrita existe 784 famílias cadastradas, as quais totalizam 3.180 pessoas, sendo 1.546 do sexo masculino e 1.634 do sexo feminino. Mas, na prática nossos números superam o recomendado pelo Ministério da saúde, já que se contarmos com os usuários fora da área de cobertura chegamos a ter uma população aproximada de 5000 pessoas, o que repercute negativamente na atenção.

Podemos para tentar reverter a situação solicitar o aumento do pessoal com a incorporação de uma segunda equipe, que possa satisfazer de maneira permanente as dificuldades de atendimento que constatamos na atualidade.

Na unidade onde trabalho a atenção à demanda espontânea e a organização do acolhimento ocorrem da seguinte maneira, o primeiro contato do usuário é feito na recepção, onde é realizada uma escuta com atenção e responsabilidade, evitando que a mesma seja considerada uma triagem para uma consulta médica.

O objetivo que almejamos é o de conseguir um acolhimento representativo de um espaço que possibilite o reconhecimento do risco e permita a atuação da equipe na resolução dos mesmos. Após uma análise dos motivos do fluxo de usuários, chegamos à conclusão que não recebemos um número elevado de casos agudos pelo que, durante o agendamento, mantemos a prioridade em relação às consultas programadas para os diabéticos, hipertensos, puericultura, etc.

Assim, é deixado um número de consultas livres para a realização da atenção à demanda espontânea em condições que possamos diminuir o tempo de espera do usuário. O acolhimento não está limitado a um único dia da semana nem a uma entrega de senhas, este visa à resolução de problemas dos usuários. Ele é feito por todos os profissionais da unidade, mas o primeiro contato do usuário é com a funcionária que está na recepção no momento da sua chegada. Não existe uma classificação de risco e vulnerabilidade na unidade, ponto que poderemos aprimorar com o avançar do curso. Quanto ao excesso de demandas este é gerido deixando

sempre duas vagas de consulta por período de quatro horas, para assim temos condições de atender a demanda de quem necessitar.

Em relação às ações voltadas à **saúde da criança**, na UBS realizamos o atendimento de puericultura do 0 aos 72 meses, dois dias por semana em dois turnos de trabalho. No atendimento participam o médico, enfermeiro, e o odontólogo, e ao terminar a consulta à criança já sai tendo agendado quando será efetuada a próxima consulta. Durante a consulta são abordados aspetos importantes, como o desenvolvimento nutricional da criança, a verificação da caderneta de vacina, se foi realizada a triagem auditiva, entre outros aspetos. Podemos ainda realizar diversas ações como o diagnóstico e o tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal e aleitamento materno. Seria importante contar com os protocolos de atendimento situação que consideramos poder ultrapassar em breve.

Na área de cobertura da unidade, foram identificadas 70 crianças que realizam acompanhamento na unidade, correspondendo a 83% de cobertura, de um total de 84 crianças estimadas pelo caderno de ações programáticas. Considero a cobertura ofertada pela equipe suficiente. Em relação ao baixo peso, existem seis crianças em acompanhamento e não há informações sobre o número de crianças com sobrepeso. Podemos referir que não existe um registro específico, monitoramento a avaliação no que diz respeito à saúde da criança. Não obstante, a população manifesta-se satisfeita com a atenção ofertada pela equipe, que tem como ponto positivo seu caráter multidisciplinar, e como ponto negativo a falta de especialistas em outras áreas de atuação como psicólogos e nutricionistas.

Em nossa unidade é realizado o atendimento de **pré-natal**, o mesmo é efetuado em dois turnos pelo médico, pela enfermeira e pela odontóloga. Sempre ao finalizar a consulta é marcado o retorno, se a gestante apresentar um problema agudo de saúde ela é atendida de maneira imediata. Nas ações desempenhadas temos o diagnóstico e tratamento dos problemas clínicos em geral, imunizações, planejamento familiar, processo do aleitamento materno e saúde bucal. Podemos mencionar ainda a realização de palestras que contam com boa aceitação pela parte das gestantes. Durante a avaliação das gestantes indicamos os exames complementares recomendados para cada trimestre de gravidez, prescrevemos o sulfato ferroso e o ácido fólico, além de realizarmos a avaliação nutricional e o acompanhamento do calendário de vacinação. Todas as consultas efetuadas são registradas no prontuário clínico, mas não existe na unidade protocolo de

atendimento, situação que consideramos que venha a ser solucionada nas próximas semanas.

Com relação à cobertura, ao analisar o Caderno das Ações Programáticas tivemos 60 gestantes estimadas, sendo que em acompanhamento na nossa unidade existem 41 gestantes residentes, o que corresponde a uma cobertura de 68%. Em relação aos indicadores de qualidade temos que: 34 gestantes (83%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e estão com as consultas em dia; 38 gestantes (93%) apresentam a vacina antitetânica e a vacina contra a hepatite B conforme protocolo, e para todas as 41 gestantes atendidas na unidade foram solicitados os exames laboratoriais na 1ª consulta, prescrito a suplementação de sulfato ferroso, realizadas as orientações para aleitamento exclusivo, e por fim todas foram avaliadas na consulta de saúde bucal. Em relação às ações de promoção à saúde, estas foram realizadas pela enfermeira, médico e odontóloga na durante a realização das consultas. Ao avaliar as ações relacionadas com o puerpério, considero que as mesmas cumprem os requisitos estipulados de oferecer uma atenção humanizada tanto à mãe como a seu filho.

Os indicadores de qualidade avaliados tais como o exame ginecológico, o exame das mamas ou o exame do abdômen fazem parte do exame físico das gestantes e obedecem a um protocolo do Ministério da Saúde.

Alguns aspectos que podem ser melhorados são: a inclusão de um nutricionista para avaliar de maneira integral as alterações nutricionais, assim como, uma assistente social que permita de maneira precoce detectar os casos de risco de gravidez na adolescência.

No que concerne à prevenção do **câncer de colo de útero e controle do câncer de mama**, nós temos um nível de cobertura muito baixo em nossa comunidade. A UBS tem 9% de cobertura de câncer de colo de útero, o equivalente a 75 mulheres de um total de 846 estimadas pelo caderno de ações programáticas, e 36% de cobertura de câncer de mama, o equivalente a 70 mulheres de um total de 196 estimadas. As baixas coberturas podem ser explicadas pela demora no agendamento do mesmo, pela dificuldade na marcação das consultas e a falta de infraestrutura adequada. Na unidade, todas as mulheres são informadas sobre os métodos de planejamento familiar como a importância da utilização dos preservativos, DIU, pílulas, injeções e implantes. São realizadas palestras sobre os malefícios do tabaco e outras questões, ações para a realização periódica da coleta

do exame citopatológico, que é efetuado pela enfermeira, um dia por semana durante um turno de atendimento.

O rastreio do câncer é oportunístico, não existe protocolo do ministério da saúde mais os dados são recolhidos no prontuário clínico. Um objetivo que perseguimos na unidade é o de ampliar a cobertura de todas as mulheres residentes na área de atuação da equipe na faixa etária dos 25 aos 64 anos.

Considero que os aspectos do processo de trabalho que podem ser melhorados são:

- O acolhimento da mulher que chega à unidade, para que a mesma tenha a possibilidade de realizar a coleta no próprio dia ou numa data à sua escolha;
- A coleta e fixação da amostra citopatológica do colo do útero é frequentemente inadequada;
- O desenvolvimento de um método de captura oportunista, das mulheres que utilizam a unidade de saúde por outros motivos que não são a realização do rastreio segundo as normas;
- O tempo entre a coleta efetuada e o laudo citopatológico deverá ser como máximo de um mês e não como acontece atualmente que é num período de três meses.

Para não perder o seguimento das mulheres com exame alterado podemos utilizar na UBS as seguintes estratégias: manter o livro de registro atualizado, para que desta forma se possa conhecer a quantidade de mulheres que virão a uma consulta subsequente e a quantidade de mulheres que não efetuarão mais consultas. Caso o resultado dos exames esteja alterado deverá ser ativado um mecanismo de busca ativo da mulher.

Especificamente sobre o controle do câncer de mama, na nossa unidade são realizadas ações individuais, sobre a importância do controle do peso corporal, da importância da prática de esporte ou da realização do exercício físico e também sobre os malefícios do tabaco. Tais orientações são efetuadas pelo médico e pela enfermeira. Não se aplica na unidade o protocolo do Ministério de saúde. Sendo que os dados recolhidos das mamografias são anotados no prontuário clínico.

São realizadas reuniões com uma periodicidade semanal tendo como tema de debate o planejamento, gestão e coordenação do câncer de mama. Pretendemos aumentar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de atuação da unidade. Para isso, os aspetos do

processo de trabalho que podem ser melhorados dizem respeito ao desenvolvimento de ações de educação, como o autoexame mensal da mama, a criação de um arquivo próprio para manter o controle das mulheres que não fizeram o rastreamento, assim como efetuar o registro dos resultados das mamografias realizadas.

Podemos concluir que o trabalho desempenhado pela equipe, de forma global é positivo, já que o mesmo tem permitido brindar uma atenção integral às mulheres da nossa área de cobertura permitindo uma adequada participação das mesmas nas palestras efetuadas todas às terças-feiras.

Sobre os usuários com **hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM)**, na nossa unidade são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares, controle do peso corporal, importância da prática regular da atividade física, assim como os malefícios do tabagismo e do álcool. O atendimento é realizado um dia da semana durante dois turnos, o mesmo é efetuado pelo médico que ao concluir a consulta já marca o retorno para o usuário. Não existe protocolo implantado na unidade, os dados recolhidos são anotados no prontuário clínico. São realizadas imunizações, diagnóstico de problemas clínicos em geral, avaliação da saúde mental e do alcoolismo.

Atualmente na equipe atendemos a 339 pessoas com 20 anos ou mais, correspondentes a 55% da população com HAS, de um total de 621 estimadas pelo indicador de cobertura do caderno de ações programáticas. Já sobre os diabéticos acompanhamos 160 pessoas com 20 anos ou mais, totalizando 90% de cobertura para um total de 178 estimados pelo caderno. A cobertura é considerada aceitável, sendo que estamos trabalhando para aumentá-la e para isso seguimos realizando visita domiciliar e busca ativa de faltosos, além de mutirões.

Temos como objetivo cadastrar e acompanhar 100% dos diabéticos e Hipertensos da área de atuação da unidade e realizar todos os exames complementares de acordo com o protocolo. Considero que a inclusão de um nutricionista e a realização de palestras educativas, de forma a sensibilizar os sujeitos sobre a importância do seguimento das orientações médicas, para uma melhor qualidade de vida, evitando o aparecimento das complicações, seriam dois exemplos úteis para uma melhoria do processo de trabalho na minha UBS.

Em relação às ações desempenhadas, com os portadores de Hipertensão e diabetes, podemos considerar as mesmas como positivas já que a equipe logra dar

atenção aos portadores. Esse trabalho envolve a realização de palestras, que são realizadas pelo agente de saúde e a enfermeira, entrega de medicamentos, consultas médicas e de enfermagem. Em relação à participação da comunidade a adesão não é muito grande, mas o suficiente para sensibilizar os presentes e incentivar os demais. Certo de que tudo não funciona como nós planejamos existem dificuldades tais como a falta de medicamentos, a falta de adesão dos usuários ao tratamento ou mesmo a falta de busca ativa dos faltosos.

O atendimento ao idoso é realizado um dia por semana em dois turnos, o mesmo é efetuado pelo médico, o odontólogo e a enfermeira. Os dados foram recolhidos no prontuário clínico, não existindo protocolo que nos permita aperfeiçoar o nosso trabalho. Em relação às ações desenvolvidas na unidade, temos as palestras sobre a importância de uma alimentação saudável, obesidade, saúde bucal e problemas clínicos em geral. O total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS totalizam 210, sendo 87% acompanhados, do total estimado de 212 pelo caderno de ações programáticas. Nossa cobertura é elevada, mas temos como prioridade ampliá-la para 100% dos idosos, assim como a realização dos exames complementares indicados para esta faixa etária.

Mesmo com essa cobertura ainda existem aspectos do trabalho que podem ser melhorados, tais como: o atendimento domiciliar; a melhoria das relações com as instituições da nossa área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias que permitam melhorar as condições de vida da comunidade idosa tais como: oferta de alimentos para os idosos que moram sós e que são dependentes; fortalecer a participação social; criar as condições para o envolvimento da família e a comunidade no cuidado do idoso; realizar ações de promoção para o envelhecimento ativo e saudável e elaborar protocolos para o atendimento do idoso na unidade. Temos como pontos positivos a entrega e atualização da caderneta do idoso e o agendamento das consultas é livre e prioritário.

Concluo esse relatório considerando que na unidade existem acertos e desacertos. No entanto, estamos buscando oferecer uma atenção adequada a nossos usuários tendo como base os princípios do SUS. Na Unidade enfrentamos diariamente muitos desafios, desde a falta de uma infraestrutura adequada até a falta de medicamentos, sendo que nosso melhor recurso é a vontade da equipe para

superar as dificuldades e chegar a nosso resultado final que é a satisfação da população.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ao realizar uma comparação entre o primeiro texto escrito sobre a situação de ESF/APS em meu serviço e o texto da análise situacional, pude perceber que fiz uma avaliação bem mais detalhada no segundo texto, apoiada nos materiais disponibilizados pelo curso. Certamente isto proporcionou uma análise melhor do funcionamento de nossa UBS, fazendo todos nós profissionais perceber falhas que já estávamos acostumados a enfrentar no dia a dia, sem perceber todas as deficiências e potencialidades da nossa unidade.

As palestras realizadas terminaram por sensibilizar aos membros da comunidade em relação aos problemas referenciados no primeiro texto. O engajamento com os membros da comunidade proporcionou dar continuidade ao trabalho inicial.

Em relação ao nosso trabalho atual existem tópicos que não foram referenciados no trabalho inicial como os que referenciamos a continuação:

A melhoria no atendimento, a organização do processo de trabalho, onde as reuniões de equipe não são de sentido único, existindo uma participação ativa de toda a equipe e também temos a vinculação da população nas atividades de orientação e de lazer.

A equipe de saúde bucal foi reforçada, o que se traduz numa melhor atenção para os usuários, pudemos ainda colocar em prática os conhecimentos adquiridos durante a realização do curso concernente ao acolhimento e a demanda espontânea só por citar alguns exemplos. Em resumo podemos considerar que existe uma evolução positiva desde a terceira semana da ambientação até a atualidade.

2-Analise estratégica

2.1 Justificativa do Projeto de Intervenção

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira não existindo uma única causa para estas doenças, mas vários fatores de risco. Nesse sentido, a Hipertensão arterial (HAS) e a Diabetes (DM) contribuem substancialmente para o agravamento desta situação a nível nacional e internacional. Estas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o usuário, sua família e a sociedade (BRASIL, 2013). A possibilidade de associação da DM e da HAS são de aproximadamente 50%, sendo que ambas compartilham vários aspetos em comuns tais como: a resistência à insulina, a resistência vascular periférica aumentada e a disfunção endotelial. Na faixa etária de 30 a 69 anos essas doenças foram responsáveis por 65% do total de óbitos, atingindo a população adulta em plena fase produtiva. Haja vista o seu carácter crônico e incapacitante, estes agravos podem deixar sequelas para o resto da vida (BRASIL, 2013).

Dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorrem das mesmas. Na faixa etária de 30 a 60 anos, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 14% da totalidade de internações, sendo 17,2 % por AVE ou IAM resultando em gastos da ordem de 25,7% do total. Em vista do exposto, torna-se urgente programar ações básicas de diagnóstico e controle destas condições através dos seus clássicos fatores de risco, nos diferentes níveis de atendimento da rede do Sistema Único de saúde (SUS), especialmente no nível primário de atenção. A HAS e a DM constituem os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública, onde cerca de 60 a 80% dos casos pode ser tratado na rede básica (BRASIL, 2013).

A UBS onde atuo está estruturada da seguinte forma: uma zona de recepção e arquivos, uma sala de espera, uma sala para ACS, uma sala de utilidades, um banheiro para funcionários, um depósito de materiais de limpeza, uma sala de vacina, uma sala de nebulização, uma sala de enfermagem, uma farmácia e três consultórios, um de enfermagem, um médico e um odontológico. Nossa equipe está composta por um médico generalista, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, seis ACS, dois dentistas e uma auxiliar de consultório dentário. Na atualidade temos cadastrada uma população de 4000 usuários, sendo que este dado que ficará atualizado com a introdução do sistema de informação da atenção básica a nível nacional (e-SUS AB).

A população alvo da nossa ação programática é formada por 709 hipertensos e 203 diabéticos estimados pelo caderno de ações programáticas. Destes 339 hipertensos e 160 diabéticos cadastrados, o que representa 48% e 78% de cobertura. Numa primeira análise consideramos a adesão adequada tendo como base as marcações das consultas, mas é grande a não comparência dos usuários e ao aprofundar na situação deparamos que existe um número de usuários faltosos desconhecendo-se as causas, pelo que será também um ponto dentro do nosso trabalho determinar as causas das faltas às consultas e, por conseguinte o atraso das consultas.

Em relação aos indicadores de qualidade, pode-se afirmar que o número de hipertensos e diabéticos com o exame clínico em dia é baixo pelo qual devemos trabalhar para alcançar 100%. Da mesma forma os outros indicadores de qualidade, como a estratificação de risco e a orientação para as ações de qualidade de vida com a informação sobre a importância da prática do exercício físico, alimentação saudável, os malefícios do tabaco e o consumo de álcool devem ser intensificadas. Assim, podemos dizer que a qualidade da atenção ainda não é a desejada e tem de ser melhorada. Consideramos que a intervenção para os usuários cadastrados na unidade, portadores de HAS e DM é importante porque ao utilizar o *Escore de Framingham* podemos definir quais são os usuários que necessitam de maior atenção por parte da equipe de saúde (risco baixo, moderado e alto de doença cardiovascular), também vamos tentar que os sujeitos tenham maior adesão à terapêutica farmacológica e não farmacológica, assim como estimular os mesmos para a realização de atividades físicas e o abandono de hábitos nocivos como o tabagismo e o consumo elevado de bebidas alcólicas.

Consideramos que ao implantar o protocolo preconizado pelo Ministério de Saúde ofereceremos uma atenção integral aos usuários portadores destas doenças, e consequentemente iremos colaborar com a melhoria de saúde da população.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral:

Qualificar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS 35 em Manaus/AM.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

Meta 3.1: Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos pacientes diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamentos das Ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1 e 1.2. Cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações a serem desenvolvidas nos quatro Eixos Pedagógicos:

EIXO: Monitoramento e avaliação.

AÇÃO:

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

A equipe fará a revisão das fichas dos ACS para levantamento do número de usuários com HAS e/ou DM semanalmente, durante as reuniões de equipe; irá inserir adequadamente no sistema de monitoramento todos os cadastros dos usuários com HAS e DM da área de cobertura da unidade de saúde. Sempre será feito a discussão dos dados levantados e planejamento de melhorias no monitoramento com toda a equipe.

EIXO: Organização e gestão do serviço.

AÇÃO:

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

Criar planilha ou formulário de acompanhamento dos usuários cadastrados do programa para registro das atividades realizadas por estes; A enfermeira e o médico da área deverão realizar semanalmente o controle do registro de dados dos usuários cadastrados; envolver toda a equipe da UBS nas ações voltadas ao cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe. Capacitar os funcionários da equipe para acolher adequadamente os usuários com HAS e DM.

Para garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial será observado à data de inspeção e avaliação dos aparelhos e o tempo de validade de acordo com o Inmetro, além de solicitado a gestão a reposição dos aparelhos danificados da unidade de saúde. Para garantir o material adequado para realização do hemoglicoteste será solicitado à gestão a reposição do estoque da unidade de saúde.

EIXO: Engajamento público.**AÇÃO:**

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento das ações:

Fixar na UBS cartazes e material informativo a respeito da importância do controle da pressão arterial, a partir dos 18 anos de idade e sobre as atividades desenvolvidas no programa, enfatizando que os mais predispostos são os idosos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e Diabetes e realizar orientações e esclarecimentos sobre os fatores de risco para desenvolvimento da hipertensão arterial e diabetes, junto aos usuários na sala de espera da UBS.

EIXO: Qualificação da prática clínica.

AÇÃO:

Capacitar os ACS na busca daqueles que não estão fazendo controle ou acompanhamento de sua doença em nenhum serviço.

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento das ações:

O médico e a enfermeira da área deverão capacitar os ACS, a respeito da busca ativa periódica dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe não cadastrados; nas reuniões semanais de equipe o médico e a enfermeira deverão realizar orientações aos outros funcionários da equipe sobre a técnica de aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste; O médico e a enfermeira deverão avaliar periodicamente a técnica de verificação da P.A. pelos técnicos de enfermagem.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1 e 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3 e 2.4. Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 e 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7 e 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações a serem desenvolvidas nos quatro eixos pedagógicos:

Eixo monitoramento e avaliação

Ação

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado e a periodicidade recomendada na unidade de saúde.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações

Utilizar a planilha de coleta de dados e os registros em prontuário para monitorar a periodicidade de realização dos exames clínicos e laboratoriais dos usuários hipertensos e diabéticos. Ter registro dos medicamentos prescritos aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, controlar o estoque de medicamentos e solicitar sua reposição, realizar o monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos que precisem de tratamento odontológico.

Eixo: Organização e gestão do serviço.

Ação

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados

Detalhamento das ações

Organizar toda equipe para o tratamento dos sujeitos, efetuar as consultas e o controle da Pressão arterial de acordo com o protocolo e realizar reunião com a gerencia do distrito para agilizar a realização dos exames complementares, avaliar

mediante a realização dos exames laboratoriais a periodicidade das consultas médicas.

Eixo: Engajamento público

Ação

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento de ações

Serão entregues aos sujeitos informações escritas abordando a importância das consultas médicas e a realização dos exames complementares indicados nas mesmas, além de orientações sobre os riscos das doenças, serão colocados em locais visíveis, cartazes com informação relacionada com os medicamentos existentes na farmácia da unidade, farmácia popular, farmácia do trabalhador ou farmácias gratuitas.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ação

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento das ações

Verificar a tomada da pressão arterial mediante as técnicas aconselhadas, discutir o protocolo do ministério com toda a equipe e rever em equipe a lista dos exames complementares mínimos para a avaliação dos usuários. Fazer levantamento das medicações da farmácia popular e instruir a equipe orientar os usuários.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

METAS 3.1 e 3.2. Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações a serem desenvolvidas nos quatro eixos pedagógicos:

Eixo: monitoramento e avaliação

Ação

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento das ações

Ter um registro e acompanhamento dos usuários faltosos e conhecer as causas das faltas e incentivar os usuários para evitar o abandono do tratamento farmacológico e não farmacológico.

Eixo: organização e gestão do serviço

Ação

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento das ações

Realizar visitas domiciliares com o intuito de agendar em tempo útil, os usuários faltosos,

Eixo: engajamento público

Ação

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento das ações

Procurar a colaboração do usuário e sua família sobre a importância de estar informado sobre seu problema, e as possíveis complicações que ele pode estar exposto por não seguir as recomendações médicas.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ação

Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento das ações

Efetuiremos ações de formação com os ACS, para que possam conhecer e posteriormente transmitir a importância das consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

METAS 4.1 e 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ação

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações

Ter um registro informatizado de todos os sujeitos hipertensos e diabéticos que são atendidos na unidade. Utilizar a planilha de coleta de dados para auxiliar nesse monitoramento.

Eixo: organização e gestão do serviço

Ação

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento das ações

Utilizar os sistemas de informação já existentes para recolher a informação relacionada com todos os eventos relacionados com hipertensos e diabéticos, tais como a estratificação de risco, que nos vai permitir uma melhor organização da agenda de trabalho.

Eixo: engajamento público

Ação

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento das ações

Realizar momentos de diálogo com a população para esclarecer seus direitos.

Eixo: qualificação da prática clínica

Ação

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento das ações

Realizaremos ações de formação com os integrantes da equipe com o intuito de que dominem o preenchimento dos formulários e folhas de registros.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

METAS 5.1 e 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo: monitoramento e avaliação

Ação

Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento das ações

Registraremos em prontuário utilizando a estratificação de risco o número de hipertensos e diabéticos atendidos na unidade básica.

Eixo: organização e gestão do serviço

Ação

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento de ações

Será realizado um fluxograma que permita uma resposta adequada aos sujeitos de alto risco.

Eixo: Engajamento público

Ação

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento das ações

Serão realizadas atividades educativas para dar a conhecer os fatores de risco e a importância de seu controle.

Eixo: qualificação da prática clínica

Ação

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento das ações

Serão realizadas reuniões com toda a equipe para explicar porque é importante a realização da estratificação de risco é sua importância na qualidade de vida dos sujeitos.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

METAS

6.1 e 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos

6.3 e 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos

6.5 e 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos

6.7 e 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos

Eixo: monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações

Será criado um livro de registro onde fique recolhido o número de consultas efetuadas, assim como o registro da importância da atividade física, alimentação saudável e riscos do tabagismo.

Eixo: organização e gestão do serviço

Ação

Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético.

Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e atividade física.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Detalhamento de ações

Solicitar ao dentista para que ajuste sua agenda para incluir os sujeitos hipertensos e diabéticos, sensibilizar ao DISA, para encaminhar uma nutricionista. Utilizar os diversos meios de comunicação a nosso alcance, para informar sobre a importância da prática do esporte.

Eixo: engajamento público

Ação

Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento das ações

Vamos entrar em contato com o centro de convivência da família para facilitar a inscrição do maior número de hipertensos e diabéticos; realizaremos reuniões com

a presença de nutricionistas com o intuito de informar sobre a importância de uma alimentação saudável. Tentaremos criar uma consulta para o tratamento do tabagismo.

Eixo: qualificação da prática clínica

Ação

Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento de ações

A dentista realizará a capacitação da equipe sobre a saúde bucal dos sujeitos hipertensos e diabéticos. Realizaremos oficinas com a presença de nutricionistas, com o intuito de conhecer hábitos de alimentação saudável. Vamos incentivar a realização do exercício físico, não só para os usuários diabéticos e hipertensos, mas para toda a família, estabelecendo contato com o centro de convivência familiar.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 1000% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico

em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3 Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

Meta 3.1: Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos pacientes diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística:

Para realizar a intervenção do programa de atenção à saúde de hipertensos e diabéticos vamos adotar o Manual de Hipertensão e Diabetes do Ministério da saúde, 2013. Para isso utilizaremos as fichas espelhos disponibilizados pelo curso em número aproximado de (800 fichas), pois a ficha espelho disponível no município não prevê a coleta de informações, sobre o acompanhamento de saúde bucal e dados relativos à estratificação de risco do Hipertenso/diabético.

Organização e gestão do serviço

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os homens e Mulheres que vieram ao serviço para consulta no programa nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Para viabilizar a ação de acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem a nossa unidade para serem atendidos, as técnicas de enfermagem junto com as ACS efetuarão o monitoramento dos usuários para ampliar a captação precoce dos hipertensos e diabéticos. Os usuários com alterações dos parâmetros considerados normais serão atendidos no mesmo turno, e ao deixar a unidade sairão com a consulta de retorno agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas não será necessário alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento, sendo reservadas cinco consultas por semanas.

Monitoramento e avaliação

O monitoramento será realizado através do acompanhamento da digitação dos dados na Planilha Excel colocada a nossa disposição pelo curso. O preenchimento dessa planilha será semanal e a cada mês a equipe realizará uma avaliação parcial dos dados identificando os avanços e os aspectos que precisam melhorar.

Engajamento público

Desenvolveremos ações para a mobilização da comunidade, especialmente os usuários diabéticos e hipertensos para estimular que estes busquem o serviço de saúde, não falem às consultas e atividades e participem nas palestras sobre as temáticas realizadas pelos ACS. Sinalizamos os ACS como responsáveis direto das palestras, já que tanto a técnica de enfermagem, a enfermeira, a dentista e o médico transmitem a informação durante o atendimento realizado. Para atingir este objetivo dentro da unidade vamos utilizar os meios audiovisuais disponíveis como vídeos ou slides.

Informaremos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, assim como a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Insistiremos sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

Outros pontos importantes que serão objetos de debate com a comunidade serão o conhecimento sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Vamos dialogar com a comunidade sobre a importância de realização das consultas médicas ou de enfermagem, assim como a periodicidade das mesmas e as estratégias para que não ocorra evasão destes usuários (se houver número excessivo de faltosos). Para alcançar os objetivos propostos realizaremos oficinas ou mutirões para sensibilizar de igual forma não só a comunidade, mas também todos os envolvidos na consecução das metas.

Qualificação da prática clínica

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de Hipertensão e diabetes para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos a capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservados 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros integrantes de forma participativa e dialogada.

Os ACS serão capacitados para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, e também consideramos importante realizar ações de reciclagem junto a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e a realização adequada do hemoglicoteste em todos os adultos que assistam a unidade com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

3 Relatório da Intervenção

3.1. As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

No início da intervenção tínhamos como meta cadastrar o maior número de usuários hipertensos e diabéticos, da área de abrangência da unidade aumentando assim à cobertura. Cabe ressaltar que com a implantação do e-SUS houve uma atualização dos dados da população, a qual deixou de ser de 4000 habitantes para passar a ser 3500. Assim, os usuários portadores de hipertensão e diabetes estimados da área de abrangência passaram a ser 532 hipertensos e 131 diabéticos.

Para alcançar nossos objetivos foram realizadas ações de capacitação da equipe voltadas a correta aferição da pressão arterial, a realização de atividades de educação em saúde tanto no nível individual como no nível coletivo. Todas estas direcionadas a melhoria da qualidade de vida de nossos usuários, além do diálogo sobre os fatores de risco da hipertensão arterial e diabetes.

Foi criado um mecanismo de verificação dos usuários do programa, para evitar ausências às consultas, o mesmo consiste que todos os ACS são portadores de uma agenda e realizam a marcação da consulta, onde o usuário registra sua assinatura mostrando que teve conhecimento do dia da consulta, se por algum motivo ele não possa comparecer a consulta deve informar com uma antecedência de 24 horas. Dessa forma, podemos fazer o remanejamento da sua vaga para outra pessoa.

A parceria com a comunidade foi realizada com igrejas, onde realizamos várias atividades, tais como palestras ou atividades sociais. Ressalta-se que o relacionamento com os representantes da comunidade foi determinante no acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, pois pudemos somar esforços e ampliar a divulgação das nossas atividades.

Outras ações desenvolvidas e não menos importante estão relacionadas com o tratamento e o seguimento das indicações médicas, e o preenchimento adequado dos prontuários.

Nesse particular, foram realizadas as consultas médicas programadas, assim como o respectivo exame físico a todos os usuários consultados. Tivemos algumas dificuldades no agendamento dos exames complementares e com a realização e o recebimento dos resultados, o que traz associado dificuldades acrescidas não sendo possível avaliar as lesões em órgãos alvos e a identificação dos fatores de riscos. Esse fato decorreu diante da gestão municipal ter modificado sua parceria causando a suspensão do serviço, o que provocou algumas dificuldades durante aproximadamente duas semanas.

Alguns dos nossos usuários tiveram outras dificuldades no acesso a medicamentos do programa, já que o fornecimento dos mesmos não foi suficiente para satisfazer a demanda resultando na busca de muitos usuários a rede privada para adquirir os medicamentos, mas é sabido que muitos logo abandonam a terapêutica por limitações financeiras.

Nosso trabalho foi totalmente permeado pela realização de reuniões com a equipe, onde explicamos a finalidade do nosso projeto, assim como a capacitação da equipe definindo a responsabilidade de cada membro, foram realizados o controle da pressão arterial e o controle da glicemia, este controle foi interrompido a partir da quinta semana de intervenção por furto do glicosímetro.

Na mesma reunião foi acordado que iríamos propor a direção do DISA, a disponibilidade de um horário para motivar o grupo do HIPERDIA para a realização de exercícios físicos na área que circunda a unidade, assim como a possibilidade de encontrar um professor que voluntariamente estivesse interessado em cooperar nesta atividade.

Ainda foi efetuada uma reunião com a representante do HIPERDIA do distrito, a qual manifestou total apoio a nosso projeto de intervenção. Na reunião solicitamos a possibilidade de colocar na unidade um posto de coleta, o que permitiria ter acesso aos exames complementares em tempo útil.

Durante as visitas domiciliares efetuadas, foram realizadas as consultas médicas e durante as mesmas enfatizamos a importância de não faltar às consultas pela importância que as mesmas têm para o controle da hipertensão e a diabetes.

Junto com a equipe de saúde bucal organizamos uma palestra com a participação de aproximadamente 30 usuários tendo como objetivo dar a conhecer a importância da higiene bucal, e sua relação com as doenças periodontais, assim como o não controle adequado da pressão arterial ou diabetes pode provocar hemorragias durante um tratamento ou provocar o agravamento de várias doenças periodontais (nomeadamente a gengivites ou periodontites).

A equipe dos ACS, que em meu critério particular são a coluna vertebral da unidade realizou uma palestra, que conto com a nossa supervisão onde o tema principal era “O Estilo de Vida”, na mesma foram focados pontos como a importância de uma alimentação saudável, o exercício físico e os malefícios do tabaco. Na atividade participaram 15 usuários, que se mostraram motivados e incentivados para efetuar questionamentos e realizar algumas propostas nomeadamente, a criação do Círculo do HIPERDIA, solicitação que será analisada pela equipe, para verificar sua viabilidade e sua incorporação as atividades da unidade.

Com a finalidade de conhecer de perto os hábitos alimentares da população foi realizado um café da manhã com o grupo de HIPERDIA no dia 13/02/2015, onde cada usuário se fez acompanhar pelos alimentos que costuma consumir no café da manhã. Na oportunidade constatamos a falta de hábitos alimentares especificamente no café da manhã, que é a refeição mais importante do dia.

Durante toda a intervenção realizamos outras ações educativas elucidando, mas uma vez para a população sobre os diversos fatores de risco (obesidade, sedentarismo o tabagismo), assim como e quando deve ser aplicada a insulina e as zonas de injeção.

Durante a intervenção existiram ações previstas que foram desenvolvidas parcialmente ou com algum atraso no cronograma, pois no início da intervenção estávamos sem enfermeira na equipe, já que a mesma solicitou a mudança de unidade. Também ficaram ausentes dois ACS, por motivos de férias e de doença, o que influenciou no atraso do cadastramento dos usuários de duas micro área e na capacitação da equipe

3.2. As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Apresentamos outras dificuldades com o acesso à internet, já que a prefeitura bloqueio o acesso, sendo, por conseguinte muito difícil executar não só o TCC, mas também a marcação dos exames complementares.

Outro fator importante foi o furto do compressor da equipe de saúde bucal, a partir da segunda semana da intervenção, o que motivou a não realização do atendimento programado ficando limitado a avaliação bucal sem o tratamento efetivo.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados

Em relação ao preenchimento da planilha tivemos algumas dificuldades relacionadas com os dados da UBS, tendo como causa o cadastramento da população da área de abrangência da unidade por ser uma população flutuante.

Quanto à coleta e sistematização dos dados apresentamos algumas dificuldades relacionadas com os dados que dizem respeito ao número de usuários inseridos mensalmente e a atualização dos dados correspondentes a unidade, mas, com o tempo houve o aprimoramento dessas questões que logo foram sanadas.

3.4 Análise da incorporação das ações no projeto à rotina do serviço

Consideramos que as ações podem ser incorporadas na rotina do serviço, nomeadamente a ficha utilizada na coleta de dados, assim como o protocolo do ministério da saúde. As atividades como palestras, oficinas e encontros sociais devem fazer parte das atividades periódicas a serem continuadas com os usuários integrantes do grupo.

Para o desenvolvimento das atividades descritas anteriormente contamos com algumas facilidades: temos uma equipe de ACS motivada e experiente, já que está unida há mais de 10 anos, o que é sem dúvida um aspecto importante no conhecimento das microáreas e dos usuários que nela moram. Temos a possibilidade de os usuários usufruírem de medicamentos gratuitos, o que possibilita sem dúvida sua adesão ao tratamento. Além disso, nossa equipe realiza um acolhimento de qualidade e busca prestar uma boa atenção aos usuários.

Um fator não menos importante é a área onde está inserida a unidade, já que a população adscrita é uma população flutuante que impossibilita o cadastramento de 100% dos usuários.

A intervenção é plausível de ser incorporada à rotina do serviço da UBS, pela utilização da planilha e ficha espelho, assim como continuar o cadastramento dos usuários. Ademais, seguiremos com as ações de saúde relacionadas com um adequado estilo de vida e manteremos as reuniões de equipe.

Outras atividades que foram incorporadas ao serviço estão relacionadas a ampliação do vínculo com a comunidade utilizando como meio de relacionamento as igrejas e os centros de convivência, com vistas a mantermos um controle mais estreito dos usuários portadores de hipertensão e diabetes.

Por fim, todas as ações envolvem um baixo custo e necessitam apenas da impressão das fichas espelho e capacitação da equipe de saúde, para que esta atue de forma multidisciplinar na melhoria à atenção à saúde dos usuários.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 1000% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

A intervenção trata da qualificação da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na Unidade Básica n035. Na área adstrita à UBS existe uma população total de 3.500 pessoas, com uma estimativa de que 2.345 sejam pessoas de 20 anos ou mais. De acordo com o cadastro elaborado pelos ACS durante a intervenção 532 pessoas eram portadoras de hipertensão arterial e 131 eram portadoras de diabetes.

Ao analisar os resultados vemos que a linha de tendência estatística mostra que a cobertura dos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes apresenta um aumento do número de usuários durante todo o período, no primeiro mês da intervenção tínhamos 59 hipertensos e 15 diabéticos e no quarto mês 215 hipertensos e 67 diabéticos. No primeiro mês de intervenção alcançamos uma

porcentagem 11,1% de cobertura aos usuários hipertensos e 11,5% de cobertura aos usuários diabéticos. No segundo e terceiro mês a cobertura aos hipertensos continuo crescendo de 22,4% (119) para 32,1% (171) usuários. A cobertura também aumentou para o grupo dos diabéticos, de 28,2% (37) para 42% (55) diabéticos cadastrados. Finalizamos o quarto mês de intervenção com 40,4% (215) de cobertura aos usuários hipertensos e atingimos 51,1% (67) de cobertura aos diabéticos.

Se avaliarmos a cobertura do programa de atenção à saúde de hipertensos e diabéticos antes da intervenção, podemos verificar que houve uma queda em nossa cobertura, mas precisamos ressaltar que antes o cadastro estava desatualizado e os indicadores de qualidade com sub-registros. Ressaltamos que com a reorganização do programa todos os cadastros foram atualizados e os indicadores de qualidade monitorados mensalmente.

Esta mudança pode ser explicada pela adesão dos usuários as atividades realizadas na unidade como, palestras e o controle da pressão arterial, a todos os usuários que comparecem a unidade por qualquer motivo (Figuras 1 e 2).

Podemos ressaltar que apesar do planejamento das ações e ter várias facilidades, nomeadamente uma equipe capacitada e motivada que tinha como principal objetivo aumentar a cobertura para 100% dos usuários, não chegamos aos 50% nos usuários portadores de hipertensão arterial. Podemos atribuir alguns fatores que influenciaram neste resultado, tais como a impossibilidade do cadastramento de um número maior de usuários adscritos a unidade, e as limitações no acompanhamento do quantitativo dos usuários.

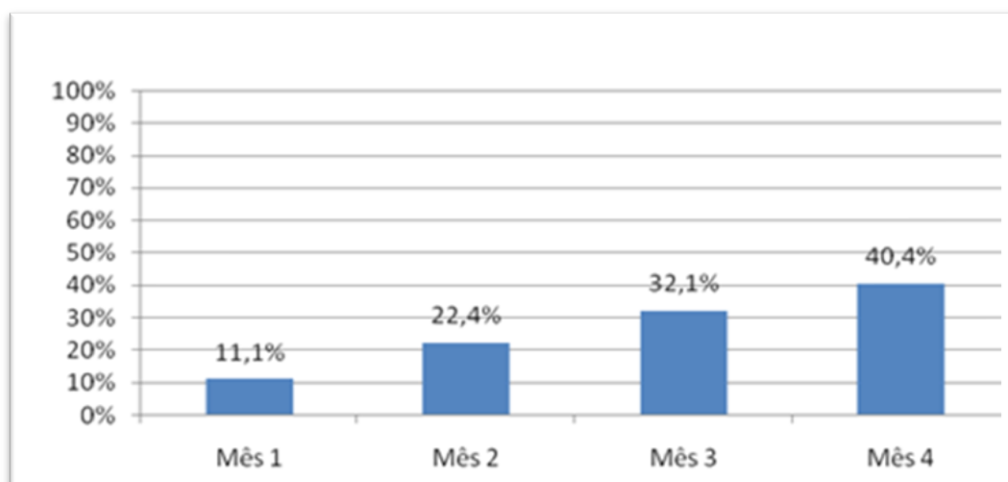


Figura 1 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

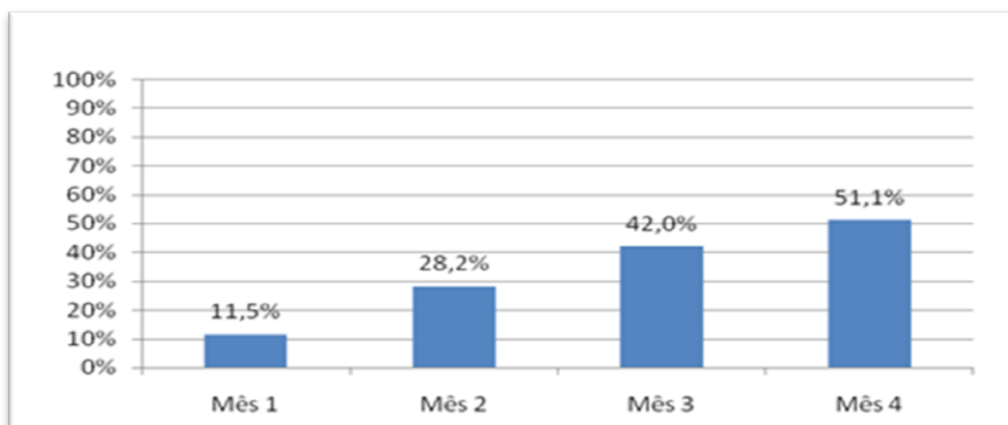


Figura 2 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Constatamos que no último mês da intervenção número de usuários portadores de hipertensão arterial com exame clínico em dia foi de 206 usuários hipertensos, correspondendo a uma cobertura de 96%. Ao longo da intervenção foi crescente este indicador, embora não tenhamos atingido 100%. No primeiro mês foram 51 (86,4%) hipertensos estavam com exame clínico em dia, no segundo e

terceiro mês foram 110 e 162 usuários, representando uma cobertura de 92,4% e 94,7%, respectivamente (FIGURA 3).

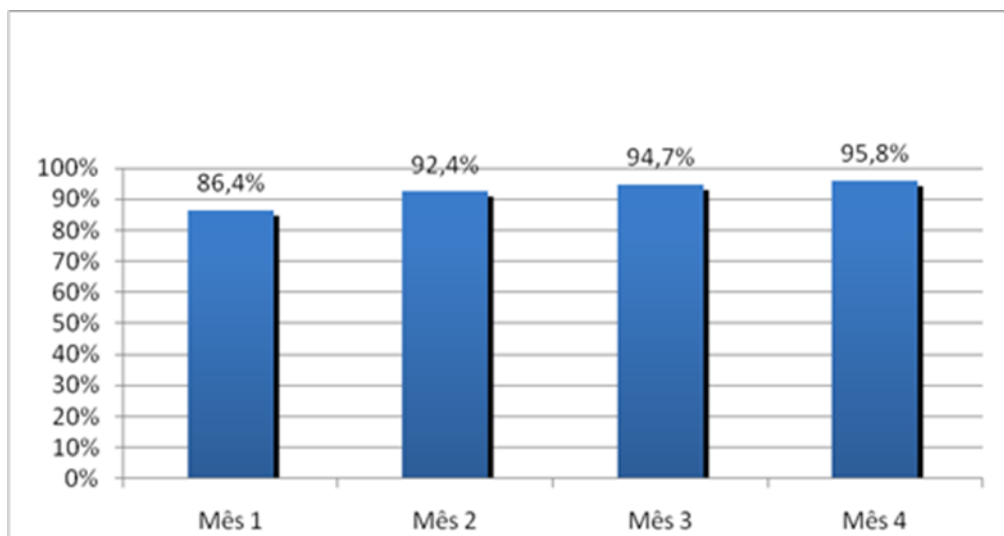


Figura 3 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

A proporção de usuários diabéticos com exame clínico em dia no primeiro mês da intervenção foi de 14 usuários (93,3%), no segundo mês foram 35 (91,9%) diabéticos, no terceiro mês 52 (94,5%) usuários e no quarto e último mês foram 64 (95,5%) diabéticos com exame clínico apropriado. Assim, houve um crescimento positivo durante a intervenção, sendo a causa deste aumento o comparecimento dos mesmos às consultas (FIGURA 4).

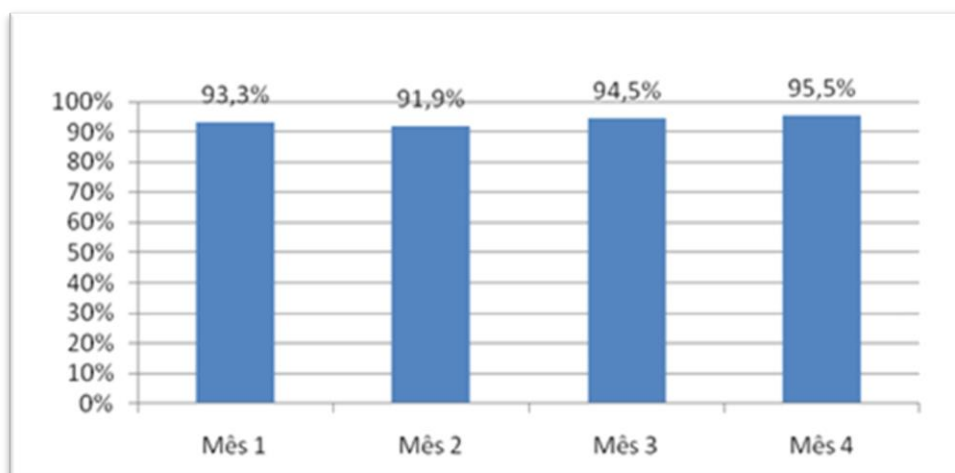


Figura 4 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Vemos que o número de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, foi gradativamente melhorando. Conseguimos, ao longo dos meses, os seguintes dados: no 1º mês foram apenas 88,1% (52), no 2º mês 92,4% (110), no 3º mês 94,2% (161) e, por fim, no 4º mês da intervenção 95,3% (205) (FIGURA 5).

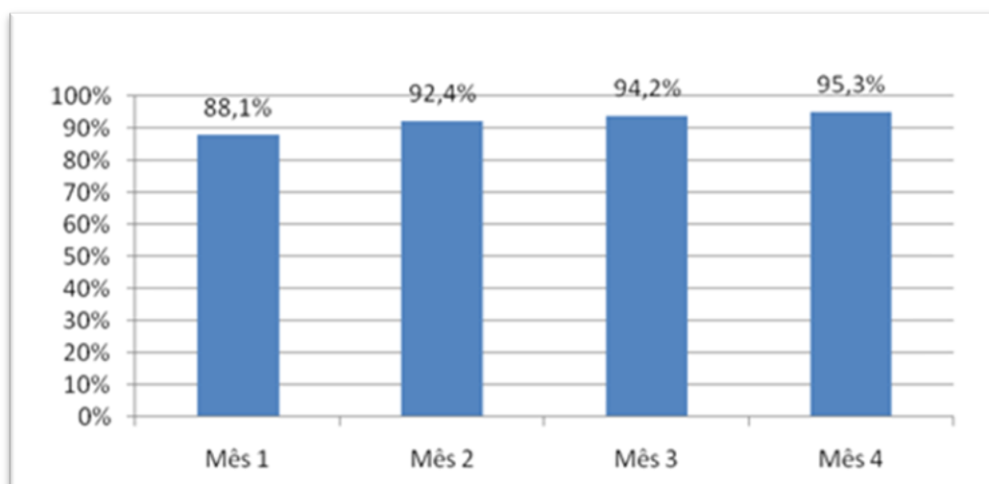


Figura 5 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Quanto aos diabéticos com exames complementares em dia, conseguimos os seguintes dados: no 1º mês apenas 93,3% (14), no 2º mês 94,6% (35), no 3º mês 94,5% (52) e, por fim, no 4º mês da intervenção 95,5% (64), (figura 6). Assim, houve uma tendência estatística com declínio positivo sendo a causa do aumento a realização das consultas aos usuários agendados e, por conseguinte a solicitação dos exames para avaliar as possíveis lesões nos órgãos alvos (Figura 6).

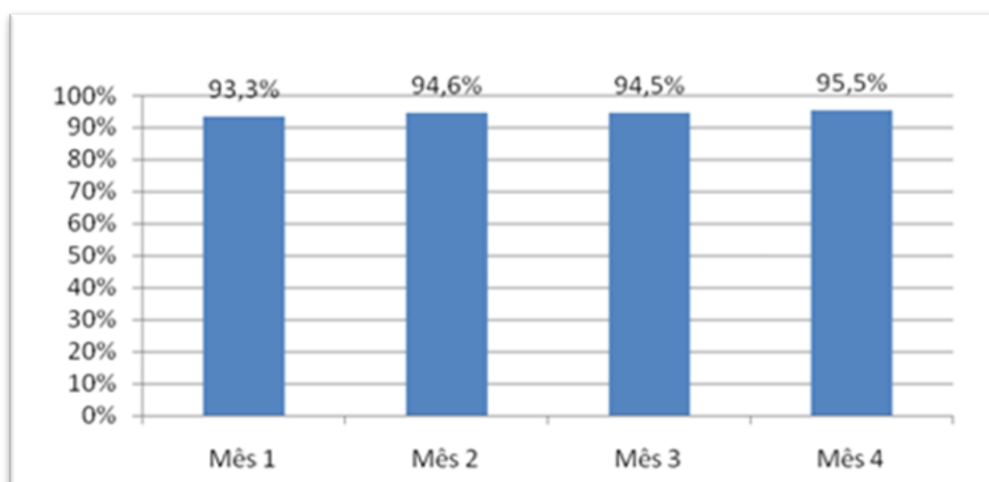


Figura 6 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

O número de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular durante o primeiro mês da intervenção foi de 93,2% (55), no segundo 89,9% (107), no terceiro 89,5% (153) e no quarto 87,9% (189). Houve uma diminuição durante a intervenção, sendo a causa à falta de fornecimento de medicamentos por problemas de gestão (Figura 7).

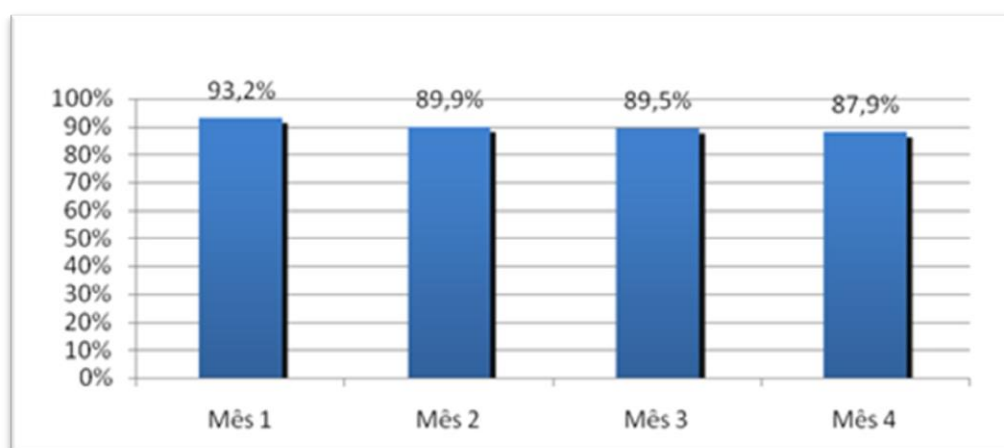


Figura 7 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular HIPERDIA, na Unidade Básica de Saúde 35, Manaus, Amazonas, 2015.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Quanto ao número de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, durante o primeiro mês da intervenção, foram 93,3% (14), no segundo mês 78,4% (29), no terceiro 80% (44) e no quarto 80,6% (54). Ocorreu uma diminuição da cobertura de usuários com acesso aos medicamentos da farmácia, devido ao não fornecimento de medicamentos aos usuários por conta de problemas de gestão (FIGURA 8)

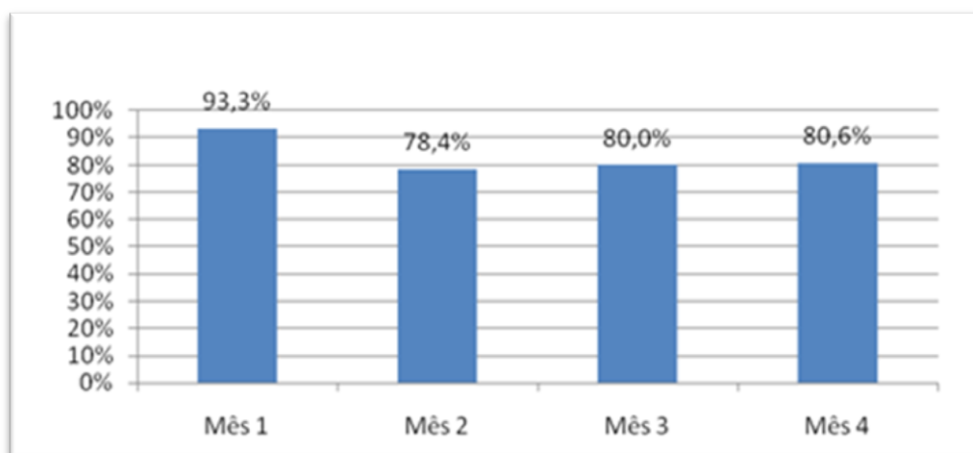


Figura 8 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular HIPERDIA, na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

O número de usuários hipertensos com necessidade de atendimento odontológico durante o primeiro mês foi de 54 usuários (91,5%). Já no segundo mês houve um crescimento para 114 (95,8%), no terceiro para 166 (97,7%) e no quarto para 210 (97,7%). Assim, nota-se um aumento do trabalho realizado pela equipe de saúde bucal, relacionado com as palestras e com as ações de formação (FIGURA 9).

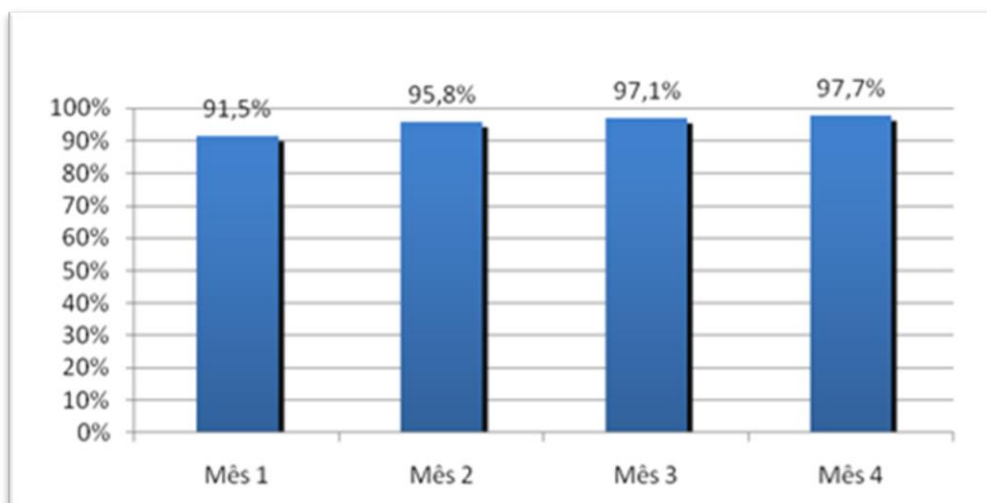


Figura 9 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

O número de usuários diabéticos com necessidade de atendimento odontológico durante o primeiro mês foi de (12 usuários) para um total de um 80% chegando ao final da intervenção a (64 usuários) para uma percentagem de um 95,5% sendo a causa deste aumento o trabalho realizado pela equipe de saúde bucal, relacionado com as palestras e com as ações de formação (figura 10).

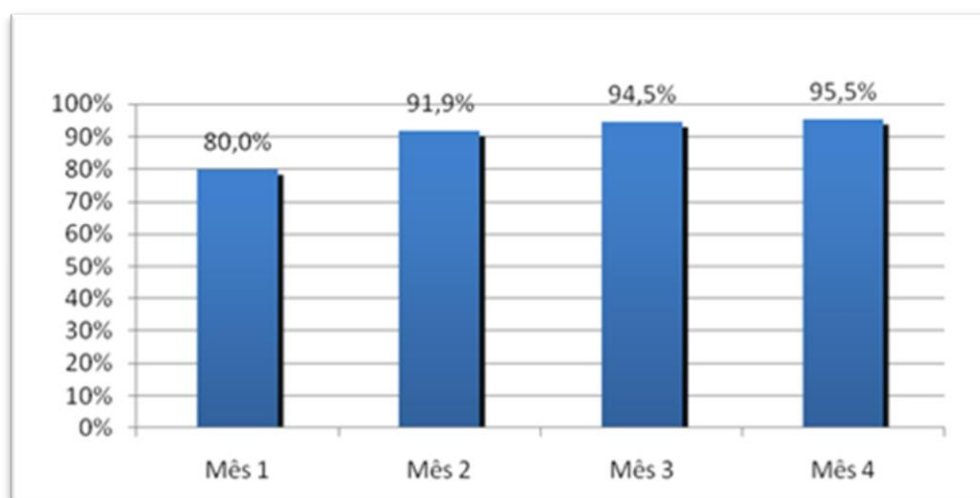


Figura 10 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Pode-se observar que para os usuários que faltaram às consultas não foi realizada a busca ativa, em sua totalidade. No primeiro mês 25% (3) dos usuários que faltaram foram visitados, já no segundo mês 23,1% (3), no terceiro 23,1% (3) e no quarto mês 14,3% (3).

A dificuldade encontrada para o alcance deste indicador está relacionada, fundamentalmente, com a mudança de endereço dos usuários e a ausência dos mesmos no domicílio.

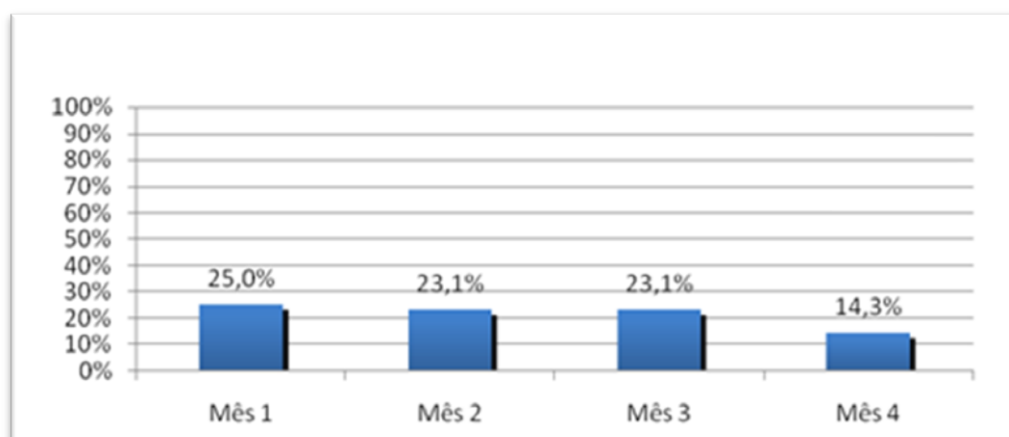


Figura 11 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 3.2: Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Quanto aos diabéticos que faltaram durante a intervenção, não foi realizada busca ativa. Assim, durante os 4 meses nenhuma busca ativa foi realizada para os diabéticos faltosos. Não foi realizada busca ativa na totalidade dos usuários do programa, já que nós consideramos como usuário faltoso, aquele que não comparecesse a no mínimo duas consultas durante o período estabelecido para a realização das mesmas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Podemos observar que ao finalizar a intervenção a proporção de usuários hipertensos com registro adequado foi de 93,2% (55), no primeiro mês, 95,8% (114), no segundo mês 97,1% (114), no terceiro mês 97,1% (166) e no quarto mês 97,7% (210). Um fator que interferiu no alcance dos bons resultados foi o cadastramento adequado e as ações de formação realizadas (FIGURA 12).

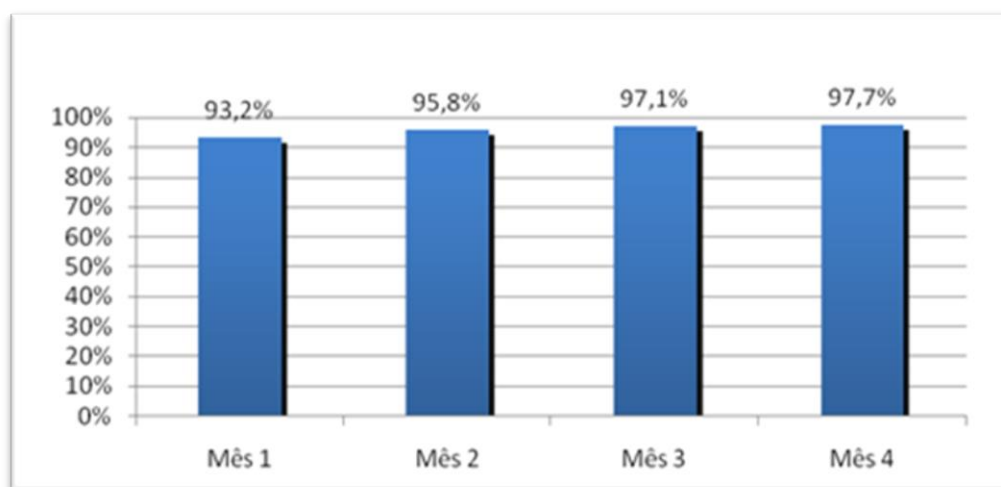


Figura 12 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Podemos observar que ao finalizar a intervenção a proporção de diabéticos com registro adequado, apresentou no 1º mês 86,7% (13), no 2º mês 94,6% (35), no 3º mês 96,4% (53) e, por fim, no 4º mês da intervenção 97% (65), (FIGURA 13). Um fator que interferiu no alcance dos bons resultados, foi o cadastramento adequado e as ações de formação realizadas.

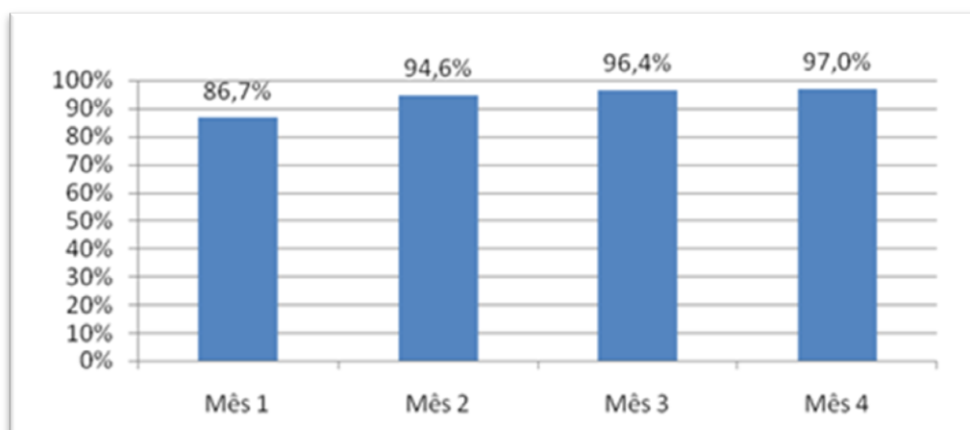


Figura 13 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Os números de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia durante a intervenção foram os seguintes: 1º mês 76,3% (45), no 2º mês 87,4% (104), no 3º mês 91,2% (156) e, por fim, no 4º mês da intervenção 93% (200), (FIGURA 14). Um dos motivos deste alcance positivo foi a realização de consultas e a avaliação dos resultados dos exames complementares.

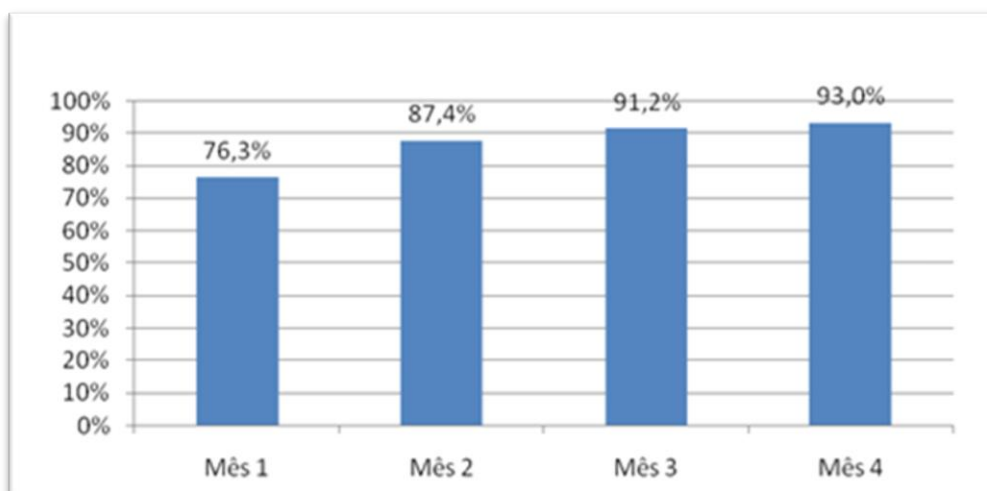


Figura 14 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade Básica de Saúde 35, Manaus, Amazonas, 2015.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos pacientes diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

O número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia durante a intervenção foram os seguintes: 1º mês 66,7% (10), no 2º mês 86,5% (32), no 3º mês 90,9% (50) e, por fim, no 4º mês da intervenção 92,5% (62), (figura 15). Um dos motivos deste alcance positivo foi a realização de consultas e a avaliação dos resultados dos exames complementares.

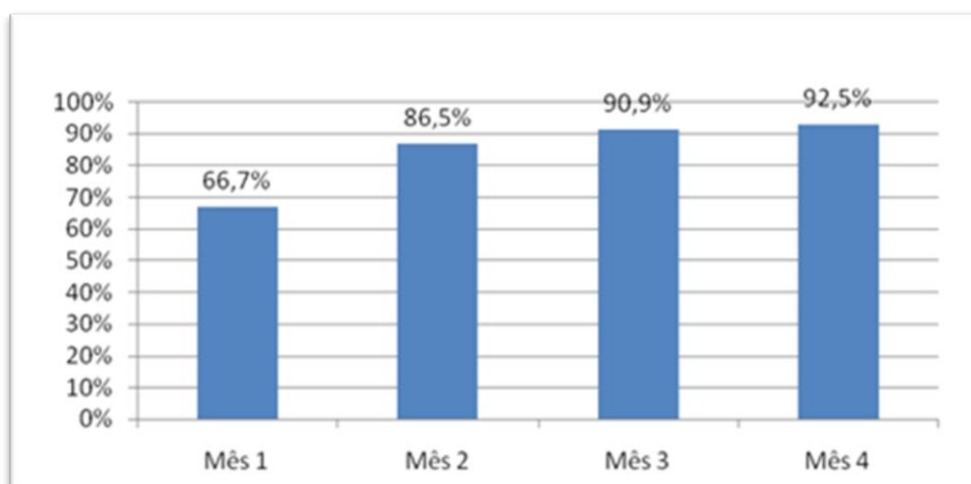


Figura 15 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade Básica de Saúde 35, Manaus, Amazonas, 2015.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Em relação ao número de usuários portadores de hipertensão e diabetes que receberam orientação sobre a importância de uma alimentação saudável e prática de atividade física regular, o resultado foi de um 100% para os dois indicadores entre os dois grupos (hipertensos e diabéticos), durante os 4 meses de intervenção. Foi fundamental para a obtenção deste resultado, a realização sistemática das orientações a este respeito da alimentação saudável e da prática de atividade física durante as consultas.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.5: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo

Em relação a proporção de hipertensos com orientações sobre os riscos do tabagismo, conseguimos alcançar, nos quatro meses da intervenção, os seguintes dados: 1º mês 83,1% (49), no 2º mês 91,6% (109), no 3º mês 94,2% (161) e, por fim, no 4º mês da intervenção 95,3% (205), (FIGURA 16).

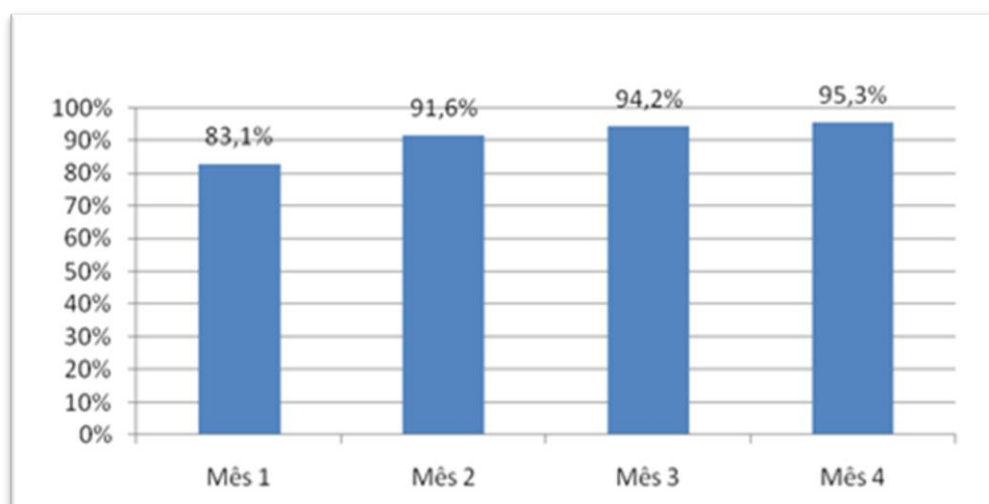


Figura 16 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientações sobre os riscos do tabagismo na Unidade Básica de Saúde 35, Manaus, Amazonas, 2015.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 6.6: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Quanto aos usuários diabéticos, tivemos os seguintes dados: 1º mês 73,3% (11), no 2º mês 89,2% (33), no 3º mês 92,7% (51) e, por fim, no 4º mês da intervenção 94% (63), (figura 17)

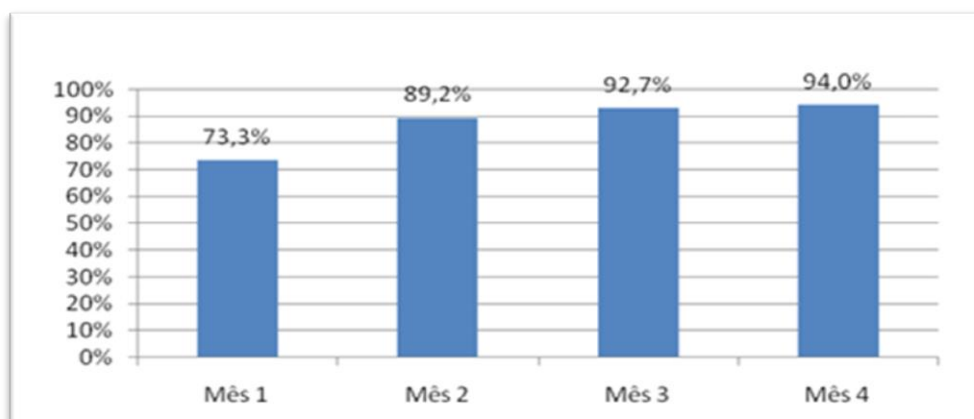


Figura 17 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientações sobre os riscos do tabagismo na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015.

Meta 6.7: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal

O indicador de proporção de hipertensos que receberam orientações sobre higiene bucal foi de 100% nos quatros meses da intervenção. Já para o grupo dos diabéticos foram alcançados os seguintes dados: 1º mês 93,3% (14), no 2º mês 97,3% (36), no 3º mês 98,2% (54) e, por fim, no 4º mês da intervenção 98,5% (66), (figura 18). A causa deste aumento foi a realização de ações individuais e coletivas sobre este tema.

Meta 6.8: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

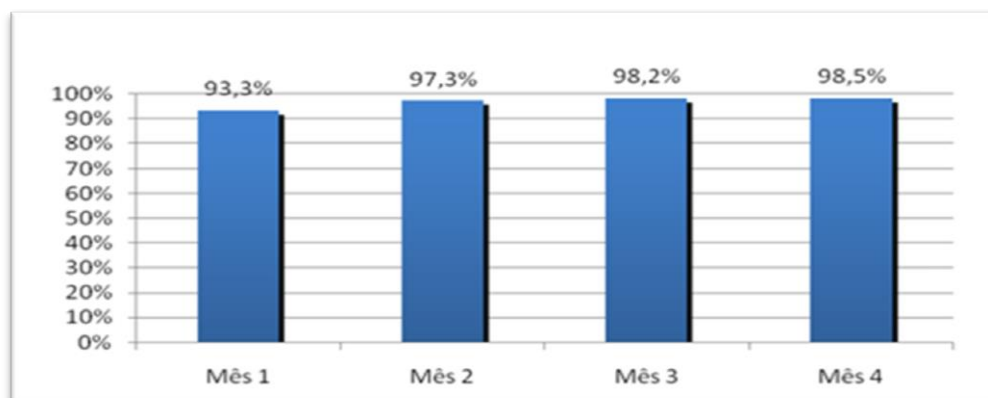


Figura 18 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientações sobre higiene bucal na Unidade Básica de Saúde no 35, Manaus, Amazonas, 2015.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

4.2 Discussão

Resumo do alcançado com a intervenção

Podemos dizer que a intervenção aplicada na UBSF 35 permitiu, para a comunidade, um aumento da cobertura dos usuários portadores de hipertensão e diabetes, já que o número dos usuários cadastrados na UBS foi aumentando na medida em que desenvolvíamos o projeto de intervenção. Tivemos a possibilidade de atualizar os nossos registros com base no sistema E-SUS, o qual no futuro vai permitir desenhar o perfil epidemiológico dos usuários, assim como o desenvolvimento de ações para um melhor controle destas doenças.

Não menos importante foi a melhoria na organização do trabalho e no serviço, uma vez que ao aplicar o protocolo do Ministério da Saúde, adaptado a realidade da nossa unidade, nos deu a possibilidade estabelecer um fluxograma mais próximo da realidade e da dinâmica de trabalho, permitindo que cada profissional de saúde tivesse conhecimento das suas funções no tratamento integral de todos os usuários.

Importância da intervenção para a equipe

A importância da intervenção para os integrantes da equipe foi a possibilidade de realização de ações centradas no usuário e não na doença. Isto significa que cada integrante da equipe conhecia quais eram suas funções e responsabilidades no atendimento multiprofissional ao usuário.

As funções de cada membro da equipe foram definidas, conforme o fazer de cada categoria. Os ACS ficaram responsáveis pelo cadastramento dos usuários, o rastreamento, o acolhimento e a realização de palestras. A odontóloga realizou

avaliação diagnóstica e tratamento dos usuários, assim como palestras e outras ações educativas.

Todas estas ações levaram a uma melhoria no fluxo de atendimento, já que a utilização da estratificação de risco, para a marcação de consultas, permitiu que o primeiro atendimento passasse a ser personalizado, de acordo com as necessidades dos usuários, com uma melhor organização do trabalho e do serviço. Assim, o mesmo princípio foi aplicado nas consultas de saúde mulher e gestantes.

Importância da intervenção para o serviço

Na unidade na qual trabalhamos antes da implementação da intervenção o atendimento era realizado pelo médico em dias fixos, por ordem de chegada. Ao capacitar a equipe e recordar que a medicina a ser realizada tem como base principal o usuário iniciamos numa primeira fase o agendamento das consultas, tendo como base as informações fornecidas pelos ACS.

Com a aplicação da estratificação do risco tivemos a possibilidade de ofertar um serviço adequado, avaliando as características de cada usuário, o que permitiu rentabilizar melhor nossos recursos e dedicar mais horas de consultas para o atendimento e atenção aos outros programas, a exemplo do pré-natal.

Importância da intervenção para a comunidade

Podemos acrescentar que na unidade não houve insatisfação ou incômodo, por parte dos usuários portadores de hipertensão e diabetes, em relação às consultas, já que todos são atendidos por marcação, estando sempre reservado um número de quatro vagas diárias para qualquer intercorrência.

É certo que ainda temos um longo caminho a percorrer em relação ao cadastramento de todas as famílias adstritas e pertencentes a nossa área de abrangência, as quais são de difícil acesso, devido a constante mobilização das famílias, já.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento?

O que faria de diferente hoje, seria capacitar a equipe na utilização dos meios de informática, solicitando a chefia superior o aumento do número de computadores, para melhorar o cadastramento.

Também, estabeleceria maior número de parcerias com as entidades comunitárias, nomeadamente academias, para enfatizar a importância da prática do exercício físico e sensibilizaria a chefia superior sobre a importância da marcação dos exames complementares em tempo hábil para poder ser avaliado ainda durante a intervenção.

Viabilidade de incorporar sua intervenção à rotina do serviço e quais melhorias pretendem fazer na intervenção

A realização da intervenção, como rotina do serviço, já nos permite um controle mais adequado sobre o cadastramento e a problemática de cada usuário. Dentre as melhorias que pretendemos realizar, está a execução de ações que permitam aos usuários portadores de hipertensão e diabetes manter um vínculo mais estrito com a equipe.

A intervenção mostra-se viável desde o momento que temos como objetivo principal a implementação do protocolo do Ministério da Saúde, o que visa melhorar a atenção dos usuários portadores de hipertensão e diabetes, não poderíamos executar a intervenção se nossa equipe não estivesse capacitada e motivada na consecução das metas propostas, e se não contássemos com o espaço físico e os recursos humanos nomeadamente médico, dentista, técnica de enfermagem enfermeiro, os ACS e o pessoal da limpeza.

A intervenção só é viável se os resultados obtidos são os esperados e nós consideramos que este é o caso, já que o projeto nos permitiu um adequado engajamento junto à comunidade mediante a realização das ações educativas com a participação de todos em atividades sociais. Assim tivemos a possibilidade de ter um melhor conhecimento da problemática de saúde da população.

Quais os próximos passos para melhorar atenção à saúde no serviço?

Os próximos passos, que pretendemos fazer para melhorar a atenção à saúde no serviço, está relacionada com a aplicação dos protocolos do Ministério de Saúde em todos os programas de atenção básica, já que consideramos ser a melhor maneira de ofertar uma atenção qualificada aos nossos usuários, o que se traduz numa melhor qualidade de vida.

5 Relatório da intervenção para os gestores municipais

Este relatório visa informar à gestão de nosso município acerca da intervenção com uma ação programática voltada a qualificação da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes que ocorreu na Unidade Básica de Saúde Nº35. Ressalta-se que a intervenção foi desenvolvida como parte do meu trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, promovido pela Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas.

A partir da análise situacional da população atendida pelo serviço optamos por trabalhar com os usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) uma vez que estas doenças possuem grande relevância no contexto da saúde pública, seja por seu aspecto epidemiológico, social ou financeiro.

De acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, nossa equipe buscou realizar uma reorganização da atenção aos agravos em questão tendo como objetivo melhorar a qualidade do cuidado prestado no serviço. Assim, esta intervenção teve a duração de 16 semanas onde foram realizadas diversas atividades almejando a melhoria da cobertura, do processo de trabalho e das ações de promoção à saúde.

Como principais resultados tivemos um aumento na cobertura dos usuários de 40,4% para hipertensos e 51,1% para diabéticos, correspondendo respectivamente a 215 hipertensos e 67 diabéticos.

Em relação à saúde bucal o número de usuários hipertensos com necessidade de atendimento odontológico durante o primeiro mês foi de 54 usuários (91,5%). Este número aumentou para 114 (95,8%) já no segundo mês. No terceiro para 166 (97,7%) e no último para 210 (97,7%). Assim, nota-se um aumento do trabalho realizado pela equipe de saúde bucal, relacionado com as palestras e com as ações de formação da equipe.

Em relação aos usuários diabéticos com necessidade de atendimento odontológico durante o primeiro mês foi de 12 usuários (80%) e ao final da intervenção chegou a 64 usuários (95,5%) resultado satisfatório também relacionado ao trabalho realizado pela equipe de saúde bucal.

Quanto às orientações sobre o risco do tabagismo, a proporção de usuários nos quatro meses da intervenção, passou de 49 (83,1%) no primeiro mês, para 109 (91,6%) no 2º mês, 161 (94,2%) no 3º mês e, por fim, para 205 (95,3%) no 4º mês da intervenção. Nos usuários diabéticos encontramos no 1º mês 11 (73,3%), no 2º mês 33 (89,2%), no 3º mês 51 (92,7%) e, por fim, no 4º mês 63 (94%).

Apesar do bom planejamento das ações e de termos uma equipe capacitada e motivada não conseguimos atingir os 100% de cobertura que havíamos tomado como meta neste processo de intervenção. Isto pode ter acontecido pela impossibilidade no cadastramento de maior número de usuários adscritos na unidade, além das limitações no acompanhamento do quantitativo dos mesmos.

Quanto ao número de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, durante o primeiro mês da intervenção, foram 14 (93,3%), no segundo mês foi de 29 (78,4%), no terceiro mês 44 (80%) e no quarto mês 54 (80,6%). A diminuição na cobertura dos usuários com acesso aos medicamentos da farmácia foi devido ao não fornecimento dos mesmos pela secretaria de saúde.

Os resultados poderiam ser melhores se houvesse uma maior organização e planejamento dos serviços ofertados à população, como por exemplo: marcação e realização dos exames complementares em tempo hábil; abastecimento dos medicamentos com regularidade, o que evitaria compra dos mesmos ou o abandono do tratamento por parte dos usuários; substituição do compressor da odontologia, pois o nosso foi furtado.

Concluimos que no futuro esta intervenção já incorporada na dinâmica de trabalho da equipe, poderá ser melhorado e expandido a outras ações programáticas se pudermos contar com uma maior colaboração dos gestores para o alcance das metas propostas.

6 Relatório da intervenção para a comunidade

Como de conhecimento público, durante quatro meses esta equipe de saúde desenvolveu um projeto de intervenção que teve como base a qualificação da atenção aos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes na nossa área de abrangência.

Durante o período de intervenção realizamos várias atividades como palestras, ações educativas, atendimentos e atividades sociais que tinham como finalidade a promoção da saúde com vistas a redução da taxa de complicações associadas a estas patologias. Lembrando que as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade na população brasileira.

Ao longo do trabalho conseguimos realizar a atualização do cadastro dos usuários e identificar aquelas pessoas que necessitam de maior atenção por parte da equipe. Além disso, tivemos a oportunidade de sensibilizar a população quanto a busca por uma maior adesão aos cuidados propostos por nossa equipe, sejam eles voltados ao uso de medicamentos ou o estímulo para realização de atividade física, abandono de hábitos nocivos à saúde como o tabagismo e o alcoolismo.

Como principais resultados dessa intervenção tivemos um aumento na cobertura dos usuários de 40,4% para hipertensos e 51,1% para diabéticos, correspondendo respectivamente a 215 hipertensos e 67 diabéticos. Em relação à saúde bucal conseguimos ampliar o número de avaliações e palestras graças ao trabalho realizado pela nossa equipe.

Quanto às orientações sobre o risco do tabagismo, a proporção de usuários nos quatro meses da intervenção, passou de 49 (83,1%) no primeiro mês, para 205 (95,3%) no 4º mês da intervenção. Nos usuários diabéticos encontramos no 1º mês 11 (73,3%), no 4º mês 63 (94%).

Os beneficiários da intervenção foram em primeiro lugar os próprios usuários, mas também os profissionais da unidade que tiveram a oportunidade de refletir sobre o trabalho e melhorar aspectos do cotidiano. Ao final da intervenção pudemos observar que as pessoas aumentaram seu conhecimento em relação a suas doenças e a importância de manter um estilo de vida saudável e de não abandonar o tratamento.

Diante da falta de alguns medicamentos na unidade buscamos com essa estruturação das ações intensificar a solicitação ao DISA, por melhores condições de trabalho, para que nossa população não tenha que procurar o sistema privado para a realização de exames e consumo de medicamentos.

Após a conclusão da primeira etapa do projeto de intervenção consideramos que a comunidade respondeu positivamente ao mesmo, com muita cooperação e presença nas atividades realizadas, sinalizando as dificuldades e aportando possíveis soluções. Consideramos que o projeto já faz parte do fluxograma de trabalho da unidade e funcionará como o motor impulsor para os outros programas desenvolvidos pela equipe da UBSF N35.

Muito obrigados a todos por ser o motivo do nosso trabalho.

Equipe

da

UBSF

n35

7-Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao dar minha opinião em relação ao curso o farei estabelecendo um padrão comparativo:

Expectativa em relação ao curso, paralelo com o Projeto Pedagógico e Guia do Especializando.

Ao iniciar o Curso de Especialização tinha várias expectativas como se explica a seguir. Tendo como elemento fundamental que a Estratégia Saúde da Família representa uma das mais importantes iniciativas do Ministério da Saúde, e que os objetivos de tal iniciativa podem ser atingidos com profissionais com formação adequada preparados em todas as esferas, considero que o curso tenha como principal finalidade o de nos capacitar para atuar de maneira objetiva tanto ao nível individual como coletiva com o intuito de melhorar as políticas de atenção primária, esperamos também que nos forneça as informações e orientações necessárias para a realização do nosso trabalho, nomeadamente a realização de planos de intervenção na problemática encontrada na comunidade.

Considero que nos moldes que está estruturado o curso nos permita vincular o conhecimento da prática clínica permitindo um processo dinâmico para a consecução dos objetivos proposto tanto por formandos como por formadores os orientadores.

A estrutura pedagógica do curso nos permite relacionar as nossas vivências na comunidade com as tarefas encomendadas, o que no meu ponto de vista é positivo.

O ordenamento do curso em quatro unidades permite de maneira gradual ir adquirindo os conhecimentos necessários para a elaboração e Conclusão do Trabalho do Curso.

Em relação ao Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) considero que é a base do curso já que utilizando a Plataforma (MOODLE) temos acesso às tarefas da

semana, folhetos, vídeos, casos clínicos, ao nosso Orientador e ao Fórum onde temos a possibilidade de colocar e conhecer as opiniões dos outros colegas do curso.

Expectativas ao finalizar o curso

O curso de maneira global foi ao encontro das expectativas que tinha no início do mesmo, já que me ofereceu a oportunidade de manter meu desenvolvimento profissional no marco da universidade a distância, método diferente de ensino que eu experimentei pela primeira vez, o mesmo permitiu vincular os conhecimentos adquiridos durante o curso a nossa prática clínica diária.

O curso foi também um trampolim para a introdução de nova dinâmica de trabalho, na nossa unidade, nomeadamente a incorporação de nosso projeto de intervenção que serviu como base para estender os conhecimentos adquiridos a outros programas que são desenvolvidos na unidade.

Aprendizados mais importantes e sua aplicação na rotina do serviço

Conheci os princípios do SUS, e sua importância na aplicação do sistema de saúde, os conceitos do (Raciocínio Clínico) para melhor elaborar diagnósticos e, por conseguinte tratar melhor nossos usuários. Conheci também a estimativa da população da nossa área de abrangência, o que nos permitiu a elaboração de protocolos com o intuito de oferecer uma melhor atenção a nossa população.

Enfim, o curso foi um manancial de experiências que irei transmitir a todos meus colegas tanto dentro como fora do Brasil.

Mas, nem tudo foi positivo...

Considero que o curso é muito teórico chegando a ser cansativo, apesar de contar com a realização de casos clínicos, já que o número de trabalhos a realizar é excessivo e o tempo disponível para a execução dos mesmos é curto, e o constante peregrinar das tarefas passa a ser um fator desmotivador.

Sugestões:

- ✚ Penso que a qualificação das tarefas no momento, evitaria o refazer das mesmas;
- ✚ Incorporar a formação umas horas para obter conhecimentos sobre Gestão de conflitos, seria muito importante, tendo conhecimento do número de conflitos que existem nas unidades básicas, sobretudo, entre Médicos e enfermeiros.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37);

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36);

BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise dos indicadores da política nacional de atenção básica no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde);

Anexos

Anexo A - Documento do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

Anexo B - Planilha de coleta de dados

[illegible]

Anexo C - Ficha espelho

[illegible]

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS